

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y PSIQUIATRÍA



TESIS DOCTORAL

“LA SALUD MENTAL DE LOS MÉDICOS:
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PAIME
COMMÁLAGA”

Autora: Elma Avanesi Molina

Director de Tesis Doctoral: Dr. José Miguel Pena Andreu

Año 2015

AUTOR: Elma Avanesi Molina

 <http://orcid.org/0000-0002-4417-7022>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



JOSE MIGUEL PENA ANDREU, como director del estudio “La Salud Mental de los Médicos: Implementación del Programa PAIME COMMALAGA ”

HACE CONSTAR

Que todo el trabajo original de investigación desarrollado por su autora, **Dña. Elma Avanesi Molina** ha sido realizado bajo mi dirección con el objeto de que se constituya como **Tesis Doctoral**.

Una vez finalizado el estudio considero que éste reúne las condiciones requeridas para ser presentado ante la Comisión de Doctorado y poder proceder a su defensa ante el Tribunal Evaluador de Tesis Doctoral.

Lo cual firmo a los efectos oportunos en Málaga, a 5 de Octubre de 2015.



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Málaga

**DON MANUEL GARCÍA DEL RÍO,
SECRETARIO GENERAL DEL ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA
PROVINCIA DE MÁLAGA**

CERTIFICA: Que en la sesión de Comisión Deontológica celebrada con fecha 1 de Julio de 2014, ha sido presentado y valorado positivamente el *Proyecto de estudio COMMÁLAGA sobre la salud profesional del médico*, que incluye la realización de una encuesta a los profesionales colegiados en el Ilustre Colegio de Médicos de Málaga. El proyecto ha sido presentado ante la Comisión Deontológica por el Dr José Miguel Pena Andreu y el Dr Francisco José Cañestro Máquez.

Y para que conste a los efectos oportunos, expide el presente certificado, con el visto bueno del Sr. Presidente del Colegio, en Málaga a ocho de julio de dos mil catorce.


EL SECRETARIO


EL PRESIDENTE

Vº Bº

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
1. INTRODUCCIÓN.	13
1.1. LA SALUD MENTAL DEL MÉDICO. PERSPECTIVA GENERAL.....	13
1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL COLECTIVO MÉDICO.	17
1.2.1. EL MÉDICO RESIDENTE Y SU PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA. ...	17
1.2.2. SUICIDIO EN LA POBLACIÓN MÉDICA.	21
1.2.3. FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA.	25
1.2.4. BURNOUT.....	31
1.2.5. AGRESIONES	36
2. DESARROLLO ACTUAL DEL PROGRAMA PAIME (NACIONAL, REGIONAL Y PROVINCIAL): ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	49
2.1. EL PROGRAMA PAIME EN ESPAÑA.	49
2.2. CASO PARTICULAR DEL PROGRAMA PAIMM. FUNDACIÓN GALATEA.	64
2.3. PROGRAMA PAIME EN ANDALUCÍA Y MÁLAGA. ANÁLISIS DE CASOS.	67
3. LA SALUD MENTAL DE LOS MÉDICOS DE MÁLAGA: ESTUDIO PILOTO TRANSVERSAL DE BASE POBLACIONAL.	89
3.1. OBJETIVO GENERAL.	89
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	90
3.3. ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE SALUD DE LOS MÉDICOS EN MÁLAGA.....	91
3.3.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES:	91
3.3.2. CUESTIONARIO DE AGRESIONES DEL OBSERVATORIO ANDALUZ DE AGRESIONES	92
3.3.3. CUESTIONARIO DE BURNOUT:	92
3.3.4. CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD).....	92
3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	99
4. RESULTADOS.....	105
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.	105
4.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.	105
4.1.2. AGRESIONES (CUESTIONARIO BMA).	112
4.1.3. SALUD GENERAL (GHQ-12).	118
4.1.4. BURNOUT (MASLACH).	123
4.2 ESTADÍSTICA INFERENCIAL.....	131
4.2.1. AGRESIONES.....	131

4.2.2. RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL.....	133
4.2.3. SUBESCALAS MBI.	148
5. DISCUSIÓN	173
6. CONCLUSIONES	183
7. BIBLIOGRAFÍA.....	185
8. ANEXOS.	201
ANEXO 1. FORMULARIO DE DATOS PAIME 2013.	201
ANEXO 2. FORMULARIO DE DATOS PAIME 2014.	203
ANEXO 3. PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE AGRESIONES DE LA BMA INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.....	207
ANEXO 4. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-12).	209
ANEXO 5. CUESTIONARIO DE BURNOUT- MBI.....	213

AGRADECIMIENTOS

El primer agradecimiento va dirigido al director de esta Tesis Doctoral, el Doctor José Miguel Pena Andreu, por haber confiado siempre en mí, haber sido un maestro en lo laboral y lo personal y por conseguir que esta tesis llegara a buen puerto.

Al Colegio Oficial de Médicos de Málaga, por haber posibilitado la existencia de este trabajo, suponiendo un gran apoyo en todo lo concerniente al mismo. Al Presidente, Dr. Juan José Sánchez Luque. Al Secretario del Colegio y responsable institucional del Programa PAIME, Dr. Manuel García del Río. Al Comité Deontológico, con especial mención a su Presidente el Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas. A la Secretaria Administrativa del PAIME, Dña. Matilde Peña y al responsable de Nuevas Tecnologías, Dr. Francisco Cañestro, por estar siempre dispuestos a ayudar. A mis compañeros de investigación, Gorka Martínez y Carmen Gómez. Al Dr. Andrés Fontalba, por estar presente desde los inicios de nuestra particular aventura en la Psiquiatría.

A María Vallespín, por su ayuda imprescindible en el terreno de la estadística.

A mis amigos, los de siempre y los que han ido incorporándose a lo largo de los años.

A mis padres, por superar tantas dificultades, haberme dado todo el cariño posible y enseñarme el valor de las personas por encima de lo material. A mi hermana y mi cuñado. A mi abuela Mamá Ana, para que pueda sentirse orgullosa allá donde esté.

Y a Manolo y la pequeña Elma, pedirles perdón por las horas en las que no he podido estar con ellos para hacer este trabajo, y gracias infinitas por la pequeña familia que hemos creado.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. LA SALUD MENTAL DEL MÉDICO. PERSPECTIVA GENERAL.

Los médicos, al igual que el resto de la población, padecen enfermedades que deben ser diagnosticadas y tratadas. Y aunque sus conocimientos sobre las patologías puedan proveerles de herramientas que faciliten cierta prevención, en algunos casos están sometidos a un riesgo similar o incluso superior al resto de la población.

El interés por la salud de los facultativos no es un fenómeno reciente. En los años 60, Duffy publicó un artículo¹ haciéndose eco del problema que supone la presencia de patología (física y psíquica) en la población médica y sus repercusiones sobre la vida personal y laboral, extendiendo las posibles consecuencias del problema a toda la población por el importante papel que ejercen los médicos en la sociedad. Esto deriva en la idea de que es primordial que aquel médico en situación de vulnerabilidad pueda recibir ayuda de forma precoz, protegiendo así su propia salud y la de sus pacientes.

En los años posteriores otros trabajos también se hicieron eco de esta situación. Así, en el año 1974 Waring realiza una revisión bibliográfica sobre las enfermedades psiquiátricas y los problemas comportamentales presentes en el colectivo médico. Se indicaba que algunos estudios sugerían una mayor tasa de alcoholismo, abuso de drogas y problemas de pareja. También aparecía una mayor tasa de suicidio y de ingresos hospitalarios². Estos datos son prácticamente coincidentes con los señalados por Murray en otro artículo del mismo año³.

En nuestro medio y de forma más reciente se han llevado a cabo trabajos para evaluar la salud mental de los médicos. Así, en el año 2006 se realizó un estudio para evaluar la morbilidad psiquiátrica, el desgaste profesional, la satisfacción y el estrés en el trabajo en 346 médicos y 84 pediatras de Atención Primaria del área de Mallorca⁴. La prevalencia estimada de morbilidad psiquiátrica fue del 25,7%, sin encontrarse diferencias significativas según variables demográficas y de trabajo. Otro estudio más reciente realizado sobre 117 médicos de familia madrileños indicó que la escala de Hamilton demostró niveles de ansiedad mayores de los considerados normales en un 74,3% de los encuestados⁵.

Más recientemente, en el año 2013, se publicó un trabajo con datos obtenidos de un estudio realizado sobre los médicos de familia que trabajaban en los centros de salud de las capitales andaluzas, con una muestra final fue de 254 médicas y 246 médicos, utilizando un cuestionario de salud percibida. Comparando con población general, los profesionales del estudio presentaban peor salud psíquica que los hombres y las mujeres de población española, aunque la diferencia es mayor en el caso de las mujeres⁶.

Como ocurre en la práctica totalidad de las enfermedades psiquiátricas, la interacción entre ambiente y características personales propias son las que llevan a la manifestación de patología mental en los médicos. Por tanto, los trastornos psíquicos en este colectivo no pueden atribuirse simplemente a estresores ocupacionales, puesto que si así lo fuera, el número de afectados por algún trastorno sería mucho mayor dentro de la población de facultativos. La hipótesis más plausible es que los factores de riesgo laboral predicen trastornos en individuos vulnerables.

Así, podemos enumerar diversos factores que pueden actuar como predisponentes en el colectivo médico:

- **Factores profesionales:** el trabajo del médico implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, con múltiples estresores asociados al ejercicio diario de la profesión. Uno de los factores de origen estrictamente profesional que influyen en el posible desarrollo de un malestar psíquico o de enfermedades mentales es la alta demanda emocional de muchas especialidades médicas y quirúrgicas. Los médicos deben enfrentarse a situaciones delicadas, en las que la vida del paciente está en un serio compromiso, teniendo que tomar decisiones que pueden ser vitales en un muy corto periodo de tiempo. A esto se suma la exigencia de una rápida y satisfactoria solución del problema tanto por parte del paciente, de los familiares de éste y del propio entorno de trabajo⁷. No es raro que además el médico se vea obligado a dar malas noticias, produciendo un efecto de choque con las expectativas (no pocas veces irreales) que el entorno tiene respecto al desenlace positivo de la situación.

Otro factor específico es la duración de las jornadas de trabajo, probablemente las más prolongadas dentro del mundo laboral. Es habitual que los médicos realicen guardias de 24 horas, o turnos de 16 horas. La libranza al día siguiente no siempre tiene lugar, por lo que el cansancio acumulado puede llevar a errores en la praxis, accidentes de circulación o de otra índole que serían evitables. Este acumulo de tensión de forma diaria puede afectar de forma clara al rendimiento y la calidad del trabajo realizado⁸⁻¹⁰.

El fácil acceso a las prescripciones de fármacos puede considerarse otro factor de riesgo de tipo profesional, aunque lógicamente implique la voluntariedad personal del prescriptor. El conocimiento de cómo funcionan los fármacos, sus efectos y la forma de administrar los mismos puede conducir a un uso incorrecto, abusivo o lúdico de los mismos. No sólo se tiene acceso directo a los mismos en el lugar de trabajo, sino que pueden autoprescribirse¹¹⁻¹³.

El ambiente de trabajo en los centros médicos debe ser tenido en cuenta. La falta de compañerismo, propia de una profesión en la que el interés se centra más en la consecución de meritos individuales que en el trabajo en equipo puede acarrear relaciones interpersonales problemáticas, llegando a situaciones de acoso laboral¹⁴. La competitividad, el individualismo en la profesión médica y la sensación de falta de apoyo por parte del entorno incrementan el malestar del profesional cuando ocurre un error en su práctica clínica¹⁵. De forma inversa, el apoyo de la familia de origen, de la pareja o de personas del entorno afectivo cercano funcionan como factores protectores respecto a la salud psíquica de los médicos^{16,17}.

- **Factores individuales:** Se ha hipotetizado sobre la presencia de rasgos de personalidad comunes en los médicos. Uno de ellos es el perfeccionismo, que puede ser considerado un rasgo positivo y de ayuda en una carrera de dificultad notable. Pero puede acarrear así mismo una actitud de “falta de perdón” hacia los errores propios, errores que tendrán lugar inevitablemente¹⁸. Otros rasgos han sido identificados, como un sentido excesivo de la responsabilidad, el deseo de agradar al mayor numero posible de personas, la culpabilidad por eventos

que están fuera del control propio y rasgos obsesivos-compulsivos¹⁹. El miedo a las consecuencias legales de los actos médicos o quirúrgicos no facilita la generalización de actitudes más relajadas en el desempeño de la práctica profesional.

1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL COLECTIVO MÉDICO.

1.2.1. EL MÉDICO RESIDENTE Y SU PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA.

Los médicos especialistas en fase de formación, o médicos internos residentes (MIR), se encuentran en un periodo en el que se consolidan sus competencias profesionales. Pero este periodo de aprendizaje puede comportar un alto nivel de estrés que, dependiendo de los factores ambientales y de la vulnerabilidad personal del residente, puede provocar la aparición de alteraciones físicas y emocionales.

El inicio del periodo de residencia supone un cambio de rol personal, pasando de ser estudiante a tener que asumir lo que constituye (con mucha frecuencia) el primer contacto con el mundo laboral. Esta incorporación al mundo del trabajo implica adicionalmente la interacción del médico con pacientes reales, y la necesidad de encarar problemáticas inherentes a un sistema sanitario que dista mucho de ser el ideal. Pese a que esta confrontación con la realidad permite el crecimiento personal y profesional del residente, en casos de excesiva sobrecarga o vulnerabilidad pueden

suponer un sufrimiento importante, con la consiguiente merma en el rendimiento laboral y en la vida psíquica de la persona.

La elección de especialidad no es un asunto baladí. Las capacidades o habilidades presupuestas para las demandas específicas de cada puesto no son poseídas por todos médicos, acarreando una frustración notable cuando las cualidades personales no se ajustan a las demandas laborales. La incorporación al periodo de residencia puede ser el precipitante de patologías mentales en individuos predispuestos, por ser frecuentemente la primera situación estresante de entidad a la que se enfrenta la persona (como sucedía antaño con el Servicio Militar).

Estudios realizados en Canadá^{20,21} reflejan que un 34% de los residentes consideraban que su vida era estresante, siendo el porcentaje de mujeres mayor que el de hombres. Más de la mitad habían experimentado hostilidad en su medio laboral, siendo también mayor el porcentaje de mujeres que de hombres a este respecto. Hasta un 17% consideraban que tenían una mala salud mental, lo que supone más del doble respecto a la población de referencia.

En Cataluña, una encuesta de la Fundación Galatea (creada por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña con la finalidad de promover la salud, el bienestar físico y mental y la calidad de vida del colectivo médico, como veremos en el próximo capítulo) indicó que un 30% los médicos residentes estarían en situación de riesgo psicológico, realizando la medición con el Cuestionario de Salud de Goldberg de 12 ítems (GHQ-12). El estudio confirmó la elevada prevalencia del malestar psicológico entre la población MIR en Cataluña comparada con la población catalana entre 24 y 30

años, que era de un 8,8%, según la Encuesta de Salud de Cataluña del año 2006 (población de referencia)²².

Durante el periodo de formación como residentes, los médicos sufren privación de sueño, lo que puede llevar a una mayor fragilidad psíquica. De forma general, se produce el aprendizaje de un estilo de trabajo consistente en ignorar el bienestar y las necesidades propias en pos de conseguir unos objetivos concretos a nivel laboral²³⁻²⁶.

En el año 2005 se realizó un estudio en España sobre salud, calidad de vida y calidad asistencial de los residentes que realizan guardias (la práctica totalidad de las especialidades contemplan las guardias como parte obligatoria de la formación). El estudio, realizado mediante el envío de cuestionarios vía postal, demostró que un 58% de los encuestados pensaba que había cometido errores graves motivados por la fatiga, que un 50% afirmaba haber sufrido alguna enfermedad o trastorno físico por causa del trabajo y hasta un 70% consideraban que la influencia sobre su calidad de vida había sido negativa²⁷. Otro estudio similar realizado en el año 2007, mediante cuestionario autoadministrado a 109 residentes que realizaban guardias de policlínica en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada y en Hospital Comarcal de Motril, un 53,1% refería algún trastorno físico o psíquico por las guardias, siendo la ansiedad el trastorno más prevalente²⁸.

En el año 2010 se realizó un estudio transversal en 145 residentes del Hospital de Toledo, de todas las especialidades y años de formación. La prevalencia de trastornos psíquicos fue alta (49%). Se asociaron a la psicopatología los rasgos de neuroticismo,

conductas de auto reproche y distanciamiento, antecedentes psíquicos personales y nivel de estrés derivado principalmente de aspectos de la propia formación²⁹.

En Málaga se realizó un proyecto piloto en el año 2012, con el objetivo de determinar la salud de los residentes de dos provincias (Málaga y Córdoba), incluyendo en este estudio a los estudiantes de 5º curso de Medicina de la Universidad de Málaga³⁰. Para ello se utilizó la escala GHQ-12. Un 20,5% de los residentes afirmaron tener antecedentes de salud mental que habían requerido tratamiento, siendo el síndrome más común la ansiedad (10,3% del total de residentes), seguido de la depresión (5,1%) o ambas conjuntamente (5,1%).

Exceptuando el trabajo realizado por la Fundación Galatea, no existen en España programas reglados de atención a la salud del médico residente, siendo éste un aspecto fundamental a desarrollar en los centros que imparten formación MIR. Los residentes de hoy serán los médicos especialistas de mañana, sobre los que pivotará el sistema sanitario nacional. Parece por tanto evidente la importancia capital que se le debe prestar a este colectivo para garantizar un sano desarrollo profesional y personal de los facultativos.

1.2.2. SUICIDIO EN LA POBLACIÓN MÉDICA.

El suicidio se entiende actualmente como un fenómeno complejo que resulta de la interacción de una serie de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³¹, en el año 2012 ocurrieron unas 840.000 muertes por suicidio en todo el mundo. No obstante, con toda seguridad estas cifras están por debajo de los números reales, ya que muchas de estas muertes son catalogadas como accidentales debido al estigma que supone un fallecimiento por suicidio. Según este informe, en los países desarrollados el número de hombres que fallecen por esta causa es tres veces mayor que el de mujeres, reduciéndose esta proporción a 1,6 hombres por cada mujer en países en vías de desarrollo. De forma global, el suicidio supone el 50% de todas las muertes violentas en hombres y el 71% de las mujeres. Las causas para esta diferencia según el género son diversas: diferencias en la forma de afrontar situaciones de estrés y conflicto, método de suicidio elegido (eligiendo los hombres habitualmente medios más letales), consumo de alcohol habitual y/o durante el acto suicida, y tratamiento previo por parte de los servicios de salud mental.

Según los datos de las Estadísticas de Defunciones por Causa de Muerte del Instituto Nacional de Estadística (INE) referidas a 2013 y publicadas en febrero de 2015³², en España se han contabilizado 2.911 suicidios de hombres y 959 de mujeres (número total, 3.870), situándose de nuevo como la principal causa externa de muerte. Supone más del doble de muertes que los accidentes de tráfico, 7 veces más que los accidentes laborales y 70 veces más que la violencia de género.

La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas (12,7 por cada 100.000 en los hombres y 4,1 por cada 100.000 en las mujeres). Refiriéndose a Andalucía, se registraron 658 fallecimientos por esta causa en hombres y 188 en mujeres. En relación a su población, la tasa por habitante es de 9,6 suicidios por 100.000 habitantes (tercera proporción más alta de España).

Entre los factores individuales que predisponen a la consumación de un suicidio, se recogen los intentos previos (siendo éste el principal), la presencia de trastornos mentales (depresión fundamentalmente), el consumo perjudicial de alcohol, y la historia familiar previa.

Entre los factores de riesgo dependientes del entorno, destaca la profesión de la persona. Esta variable podría estar relacionada tanto con el estrés laboral como con la facilidad de acceso a los medios para acabar con la propia vida, así como el conocimiento exhaustivo de los métodos autolíticos y su letalidad, siendo el más utilizado el envenenamiento o la ingesta masiva de fármacos³³⁻³⁵. El estigma asociado a la solicitud de ayuda para tratar problemas de salud mental y adicciones suponen otras variables a tener en cuenta.

Desde los años 60 distintos estudios han analizado el tema del suicidio en la población médica, aunque los primeros estudios realizados con poblaciones de un tamaño muestral y una metodología adecuada son posteriores. Una revisión sistemática realizada en 1996 de 14 estudios, que abarcaban un periodo de casi 30 años, encontró que las tasas de suicidio en médicos comparadas con las de la población general eran

mayores (Riesgo Relativo de 1,1 a 3,4 en hombres y 2,5 a 5,7 en mujeres). La tasa era muy similar al comparar médicos de ambos sexos, lo que supone un mayor riesgo de suicidio respecto a la población general (donde la tasa es sistemáticamente mayor en hombres)³⁵. Otro estudio posterior³³ realizado en Gran Bretaña (con datos que abarcan de 1979 a 1995) sobre los registros de suicidio recogidos en el certificado de defunción coincide en esta mayor tasa de suicidio en mujeres médicos respecto a la población general, así como la similitud entre sexos en el caso de suicidios de profesionales de la medicina (19,2 por 100.000 en hombres y 18,8 por 100.000 en mujeres). En este trabajo se recoge la distribución por especialidades, existiendo tasas más elevadas en anestesistas, médicos de atención primaria y psiquiatras. Otros estudios han coincidido en la mayor proporción de mujeres médicos que cometen suicidio respecto a la población general, aunque sin diferencias entre sexos cuando se trata de profesionales médicos³⁴.

En una guía elaborada por el Servicio Andaluz de Salud sobre conducta suicida³⁶ se destaca la consideración del personal sanitario como grupo de riesgo, recomendando a los departamentos de prevención de riesgos laborales especial atención a este colectivo.

Mingote³⁷ recoge una lista de factores etiopatogénicos que pueden explicar el incremento de riesgo de suicidio en los médicos:

- Riesgos psicosociales inherentes al trabajo del médico, como el estrés propio de la actividad clínica, el acoso y el desgaste profesional en el trabajo.

- Mal afrontamiento de los riesgos psicosociales inherentes a la actividad clínica, por insuficiencia de recursos para el afrontamiento de los mismos.
- Especiales dificultades de los médicos para asumir el rol de enfermo.
- Dificultades del tratamiento de los médicos por otros médicos.

La valoración y tratamiento del médico con riesgo suicida encierra algunas particularidades y dificultades. Es primordial no comprometer el juicio clínico por el hecho de estar tratando a un compañero, manteniendo la imparcialidad y tomando las mismas decisiones clínicas si se tratara de un profesional no sanitario. Para ello, el mantenimiento de la confidencialidad durante el proceso terapéutico es clave.

En 2003 la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio³⁸, publicó una serie de recomendaciones para hacer frente a los problemas que produce la depresión en los estudiantes médicos, residentes y médicos. Entre estas se recogían directrices enfocadas a médicos (aprender a reconocer la depresión en uno mismo y enseñar a los compañeros a hacer lo mismo, conocer los programas específicos de atención al médico enfermo) y otras a nivel institucional, orientadas fundamentalmente a la detección de aquellos profesionales o estudiantes de Medicina que puedan estar sufriendo un cuadro depresivo o ideación suicida, así como la solicitud de ayuda precoz.

Por lo tanto, los programas específicos de atención a sanitarios deben constituir un pilar fundamental en la prevención del suicidio en los profesionales médicos.

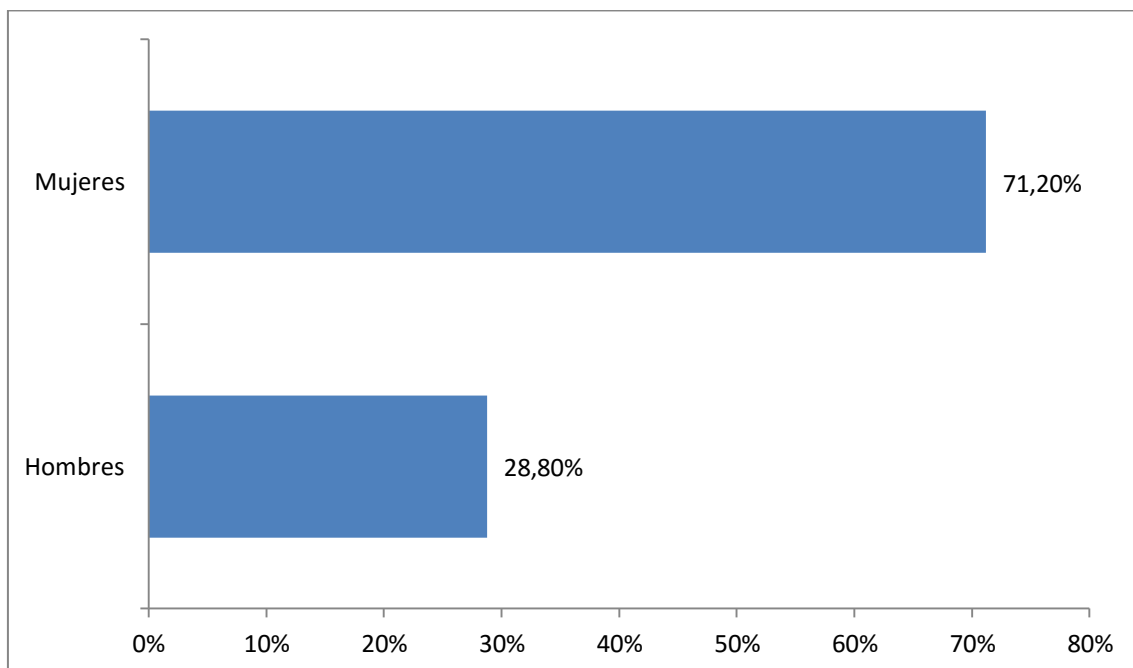
1.2.3. FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA.

Pese a la imposibilidad de determinar quién fue la primera mujer médico, es muy posible que desde el inicio de los tiempos las mujeres hayan ejercido labores de curación o sanación, aunque con una presencia testimonial a la hora de ejercer la profesión de forma reglada por las limitaciones sociales y religiosas impuestas a lo largo de los siglos. En España la primera médico titulada fue Helena Masseras, quien fue la primera mujer matriculada en España (en la Facultad de Medicina de Barcelona)³⁹, en el curso 1872-73.

La incorporación plena de la mujer al ejercicio de la profesión de la medicina comenzó a partir de su integración al mundo laboral. El incremento en el número de mujeres ejerciendo la Medicina que tiene lugar a partir de los años 60 no es un proceso exclusivo de la profesión médica, sino que se encuadra en el aumento de la población activa total que tuvo lugar en esas fechas. Durante el siglo pasado, las mujeres han pasado de la exclusión práctica a ser mayoría entre los graduados en Medicina, tendencia conocida como “feminización” de la profesión médica.

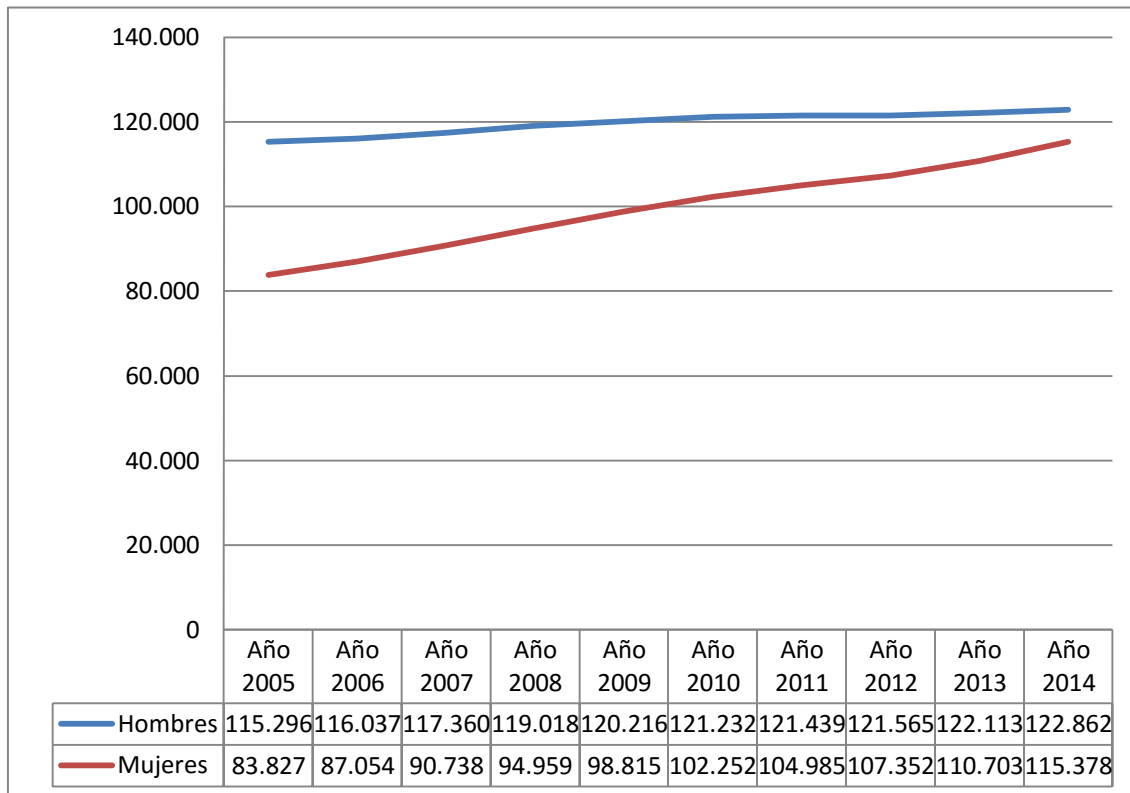
Según los datos de la última Estadística de Enseñanza Universitaria publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁴⁰, en el año 2011 finalizaron los estudios de Medicina en España 4.017 alumnos, de los que 2.859 eran mujeres, suponiendo un 71,2% del total de alumnos. En la Universidad de Málaga, en el mismo año finalizaron los estudios de Licenciado en Medicina 129 alumnos, siendo 83 de ellos de género femenino (64,3%).

Gráfico 1. Licenciados de Medicina en España, año 2011 (elaborado por la autora, a partir de datos del INE).



Según datos de los Profesionales Sanitarios Colegiados⁴¹, a 31 de diciembre de 2014 en España estaban colegiados 238.240 médicos, siendo 115.378 mujeres, lo que supone un 48,4%. Este porcentaje corresponde al conjunto de todos los médicos colegiados, siendo ligeramente mayor el porcentaje de mujeres colegiadas (52%) que de hombres, si nos ceñimos al registro de médicos en activo. En la gráfica siguiente se puede observar el aumento en el número de mujeres colegiadas en los últimos 10 años, que aumentaron en más de 30.000 médicos, mientras que el de hombres sólo aumentó en unos 7.000 facultativos.

Gráfico 2. Número de colegiados en España en los últimos 10 años, distribución por género (elaborado por la autora, a partir de datos del INE).



A 31 de diciembre de 2014 estaban colegiados en Málaga 7.459 médicos, realizando ejercicio activo de la profesión 6.676 de ellos. Entre los médicos en ejercicio activo de la profesión, algo menos de la mitad son mujeres (47,3%). No obstante, la proporción aumenta si nos referimos a colegiados menores de 35 años. De un total de 1.188 facultativos en este tramo de edad en la provincia, casi un 70% son mujeres (69,4%).

Un informe llevado a cabo por el Real Colegio de Médicos Británico (Royal College of Physicians), analizó las consecuencias de la progresiva feminización de la Medicina, que en unos años llevará a una mayor proporción de mujeres médicos en activo que de varones. Los dos hallazgos principales fueron que el número de mujeres

que prefieren trabajo a tiempo parcial es mayor que el de hombres, y por otro lado suelen elegir especialidades que permitan esta flexibilidad respecto a reducción de jornadas o adaptación horaria. Estas elecciones afectarán en un futuro, según el informe, a la forma en la que deberán organizarse los servicios de salud en los próximos años, dado que la mayoría de sus integrantes serán mujeres⁴². El hecho de que las mujeres en puestos de dirección o jefaturas de servicio sean aun tan escasas está en clara relación a este fenómeno, puesto que la gran cantidad de horas requeridas para el desempeño de estas actividades es incompatible en muchos casos con la reducción horaria.

El proceso anterior (escasez de mujeres en los puestos de alta dirección o jefaturas) se relaciona íntimamente con el concepto de “techo de cristal”. El término hace referencia a un límite (imaginario e invisible) en la carreras profesional de las mujeres. Su carácter de invisibilidad viene dado por el hecho de que no existen leyes, dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres semejante limitación. Aunque no se conoce con certeza quién usó el término por primera vez, la popularidad del mismo se extendió tras la publicación el 24 de Marzo de 1986 de un artículo en el “Wall Street Journal”, escrito por Carol Hymowitz y Timothy D. Schellhardt³⁰. En él se hablaba de un límite invisible, pero impenetrable, que suponía una frontera para el acceso de las mujeres a los altos puestos ejecutivos, a pesar de que sus méritos y capacidades fueran los mismos. En un trabajo publicado con datos de nuestro país en la revista “Medicina Clínica”³¹, se constata una diferencia sustancial entre mujeres y hombres médicos respecto a los contratos temporales (40% versus 22%), y contratos fijos (60% versus 78% respectivamente), por lo que la posibilidad de promoción mediante carrera profesional (reservada a trabajadores fijos) para las mujeres se ve claramente disminuida.

Según un estudio realizado por la Fundación Galatea en Cataluña (fundación de cuyo ámbito de trabajo se hablará más extensamente en el Capítulo 2)⁴³, existen diferencias entre mujeres y hombres respecto a especialidades. La mayoría de las médicas encuestadas trabajaban en centros de Atención Primaria, mientras que los médicos lo hacían en hospitales (40,2% de las mujeres en contraste con el 24,8% de los hombres). La mayoría de médicos hombres tiene más de un trabajo remunerado (62,2%), mientras que las médicas trabajan mayoritariamente sólo en un lugar (66,4%). Existen también claras diferencias de género en la ocupación de cargos de mando (33,8% de los hombres y 18,7% de las mujeres), que no se explican por la edad, la antigüedad o el tipo de centro de trabajo.

Una explicación posible a estos datos es que la distribución “clásica” de tareas, en la que a las mujeres se les ha asignado de forma prioritaria la responsabilidad de la formación de las familias y del sostén emocional de los hogares y de los hijos, afecta también a este colectivo. Con los cambios sociales y la incorporación de las mujeres al trabajo, la acumulación de roles y tareas está influyendo de forma decisiva en las repercusiones en la salud física y mental de quienes asumen esa doble tarea. En un estudio realizado en Andalucía en 2011 entre 500 médicos de Atención Primaria, las mujeres dedicaban más del doble del tiempo que sus compañeros varones a las tareas domésticas y cuidado del hogar⁴⁴.

Las diferencias entre géneros quedan de manifiesto al hablar de las distintas prevalencias de patologías psiquiátricas en hombres y mujeres. Según datos del Programa Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (PISMA- II)²⁶, en todos los trastornos del ánimo y ansiedad la prevalencia-año en mujeres es más del doble que en

hombres. En el caso del colectivo médico, varios trabajos han señalado que las mujeres médico tienen peor salud mental que sus compañeros. Así, según un estudio de 5.704 profesionales de primaria y especialidades no quirúrgicas norteamericanos, las médicas tienen una probabilidad del 60% mayor que sus compañeros médicos de desarrollar burnout⁴⁵. Otro trabajo señaló que casi un 20% de las médicas tienen depresión en tratamiento⁴⁶.

Disponemos de datos de estudios realizados en nuestro medio (Granada), señalando que las mujeres del colectivo de médicos residentes (MIR) que realizan guardias en el servicio de Urgencias presentan una peor percepción de su salud, especialmente en el área de salud mental, que sus compañeros hombres⁴⁷. En íntima relación con la mala salud psíquica de los médicos está el hecho de que la tasa de suicidio de las mujeres médico sea mucho más alta que de las mujeres que se dedican a otras profesiones, como se ha visto anteriormente.

Pese a que no existen evidencias en la literatura para afirmar que existan diferencias respecto a la mejor realización del trabajo entre hombres y mujeres⁴⁸, un estudio del año 2015 confirma que las mujeres médicos tienen un menor riesgo de reclamaciones que sus compañeros varones (7,7% frente a 17,4%). La menor tasa de reclamaciones en médicas podría atribuirse a una mayor calidad de la relación médico-paciente cuando el médico es mujer, dado que se ha visto que éstas dedican más tiempo de atención y proporcionan una mayor información sobre los riesgos de los procedimientos invasivos, cuyas complicaciones representan el volumen mayoritario de las reclamaciones por malapaxis⁴⁹.

Puesto que los datos reflejan de manera clara que la mujer médico presenta una idiosincrasia específica, y visto que el proceso de feminización de la profesión médica es un hecho, cobra importancia el desarrollo de estrategias de atención a la salud de este colectivo.

1.2.4. BURNOUT

El término “burnout” puede traducirse literalmente como “apagarse, gastarse”, o bien como “quemarse”. Ambas traducciones reflejan bien el uso que se le ha dado al término en el ámbito de la salud laboral. Dicho verbo se aplica para describir aquellas situaciones en las que el trabajo supone una fuente de agotamiento o desgaste para la persona que lo realiza.

El psiquiatra Herbert Freudenberger acuñó el término en el año 1974, durante su trabajo en una clínica para toxicómanos. Observó que la mayor parte de los jóvenes que trabajaban como voluntarios en dicho dispositivo sufrían al cabo de pocos años cambios en su forma de actuar, con pérdida de energía, desmotivación, agotamiento y pérdida de interés por el trabajo, llegando a presentar síntomas de ansiedad y depresión⁵⁰.

En el año 1981 Maslach y Jackson desarrollaron un cuestionario con la intención de cuantificar la magnitud del problema, definiéndolo como una respuesta al estrés laboral crónico, que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y devaluación del propio rol profesional. Por lo tanto, la definición actual del concepto se hace en base a

un instrumento de medida de la misma⁵¹. El “Maslach Burnout Inventory” (MBI) estaba compuesto su versión inicial de 1981 por 22 ítems. Se trata Cuestionario autoadministrado, con tres subescalas bien definidas:

- **Subescala de agotamiento o cansancio emocional:** 9 preguntas (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Se considera un alto nivel de cansancio emocional las puntuaciones mayores o iguales a 27; un cansancio intermedio aquellas puntuaciones entre 19 y 26; y un nivel bajo de cansancio menos de 19 puntos.
- **Subescala de despersonalización:** 5 ítems (preguntas 5, 10, 11, 15 y 22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Hablamos de alto nivel de despersonalización cuando la persona obtiene 10 ó más puntos, un nivel intermedio de despersonalización en aquellos que obtengan entre 6 y 9 puntos, y un nivel bajo de despersonalización en aquellos que obtengan menos de 6 puntos.
- **Subescala de realización personal:** 8 ítems. (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Así, se supondrá baja realización personal en aquellas personas con una puntuación entre 0 y 33, intermedia entre 34 y 39; y alta sensación de logro en aquellos con más de 40 puntos.

Cada ítem se puntúa con un gradiente de frecuencia, que es el que sigue:

0 puntos = Nunca.

1 punto = Pocas veces al año o menos.

2 puntos = Una vez al mes o menos.

3 puntos = Unas pocas veces al mes o menos.

4 puntos = Una vez a la semana.

5 puntos = Pocas veces a la semana.

6 puntos = Todos los días.

En la última edición del manual se presentan tres versiones del MBI: una dirigida a profesionales de la salud (MBI-HSS, Human Services Survey), que es la versión clásica del cuestionario. Otra denominada MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación, y finalmente el MBI-General Survey (MBI-GS) para todos los profesionales⁵². El cuestionario tiene una versión española publicada⁵³ que ha sido validada⁵¹.

La etiología del burnout en el personal sanitario puede considerarse multifactorial. Los factores de riesgo en esta población están fuertemente ligados con el ambiente psicosocial, aunque los condicionantes personales tienen un papel también a destacar (nuevamente, la interacción ambiente- vulnerabilidad). El neuroticismo, la pobre percepción de la realidad, la ansiedad elevada y los síntomas depresivos parecen relacionarse con altos niveles de estrés laboral, que parecen ser más elevados en las mujeres⁵⁴. Se han hallado unos índices más elevados entre profesionales con amplio contacto directo con los pacientes, tales como atención primaria o especialidades de

salud mental^{55,56}. Un estudio llevado a cabo usando como muestra a 440 estudiantes de medicina que contestaron al “Minnesota Multiphasic Personality Inventory” (MMPI) encontraron correlaciones de factores como las escalas de baja autoestima, sentimientos de inadecuación, disforia, preocupación obsesiva, pasividad, ansiedad social y aislamiento, con altos índices de burnout 25 años después de realizar el cuestionario⁵⁷.

En población española y sobre una muestra de 427 médicos de familia, se determinó que el 40% presentaba síntomas de burnout, relacionándose éste con altas puntuaciones en test que evaluaron la ansiedad⁵⁸.

En un estudio transversal realizado sobre una muestra de 1.021 médicos especialistas de toda España, se determinó que la probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, con un impacto negativo en la vida familiar. La probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional es mayor en los que tienen una alta sobrecarga de trabajo. Así mismo, la insatisfacción con la calidad de las relaciones con los pacientes y sus familiares influye negativamente⁵⁹.

En un estudio de desgaste profesional y morbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid, los autores señalan una elevada prevalencia de burnout (69,2%), con una prevalencia de enfermedad psiquiátrica del 36,7%. Existía relación directa entre ambas variables, con una mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica a mayor número de dimensiones con puntuaciones altas en desgaste profesional. También se confirmó la asociación entre desgaste profesional y mayor consumo de antidepresivos y ansiolíticos⁶⁰.

En Ávila en el año 2014 se realizó un estudio transversal sobre médicos de Atención Primaria, utilizando el MBI. La prevalencia del síndrome en un grado moderado o severo se encontró en un 68% de los encuestados⁶¹.

Un trabajo para estimar la prevalencia de burnout y de morbilidad psiquiátrica entre los médicos de Atención Primaria del área sanitaria de Mallorca demostró que la prevalencia estimada de morbilidad psiquiátrica fue del 25,7%, con puntuación sugestiva de burnout en los ítems de la escala de Maslach (cansancio emocional alto en un 53,3%, alta despersonalización en un 47,1% de los médicos y realización personal baja en el 33,3%)⁶². La satisfacción laboral parece proteger a los profesionales del malestar psíquico y del síndrome de burnout.

Otro estudio realizado en Granada, con el objetivo de describir la situación psicosocial de los profesionales sanitarios de la sanidad pública y comparando el ámbito hospitalario con el de atención primaria, demostró que los trabajadores de la muestra presentaban altos niveles de exigencias psicológicas cognitivas, emocionales y sensoriales. Los facultativos de atención primaria presentaban un ambiente psicosocial más desfavorable, siendo las variables asociadas con el estrés percibido la menor edad y posibilidades de relación social, el conflicto de rol, y las mayores exigencias psicológicas emocionales⁶³.

Por lo que vemos, el problema del burnout es un fenómeno de alcance global, con alta prevalencia en la población médica y que produce una merma significativa en la salud mental de los facultativos.

1.2.5. AGRESIONES

Las agresiones al personal sanitario son un fenómeno de alcance global, afectando a facultativos de todos los países. La preocupación por este tema es tal que en nuestro país se ha llegado a realizar una modificación en el Código Penal a este respecto.

En el Boletín Oficial del Estado (BOE), de 31 de Marzo de 2015, se publicó la Ley Orgánica 1/2015, en la que se recogen modificaciones en la legislación vigente hasta ese momento (dichos cambios entraron en vigor el día 1 de julio de 2015).

Según esta modificación: *“se introduce una nueva definición del atentado que incluye todos los supuestos de acometimiento, agresión, empleo de violencia o amenazas graves de violencia...en todo caso se considerarán actos de atentado los que se cometan contra funcionarios de sanidad y educación en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de las mismas”*⁶⁴. Una crítica posible a esta medida es que la legislación sólo afecta a los médicos en el ejercicio público (dado que se considera como factor condicionante el estatus de funcionario público, no específicamente la profesión de médico).

Para poder hacer un análisis del problema, en primer lugar hay que definir qué se considera una agresión.

La Real Academia Española de la Lengua, en su edición de 2012, recoge las siguientes definiciones del término agresión: *“Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño / Acto contrario al derecho de otra persona/ Ataque armado de una nación contra otra, sin declaración previa”*⁶⁵ (es obvio que las dos primeras definiciones son las que podríamos aplicar a este trabajo).

La OMS, por su parte, considera que la violencia en el lugar del trabajo son todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, viéndose amenazada su seguridad, su bienestar y su salud⁶⁶. Esta definición se ajusta al ámbito de las agresiones en el ámbito sanitario.

Pese a que no existen causas exactas que expliquen los motivos de las agresiones al personal sanitario, hay factores que parecen influir en que esta se produzca. Cualquier persona no tiene un perfil de “agresor”, siendo por tanto los rasgos de personalidad importantes y determinantes a la hora de analizar el fenómeno. La baja tolerancia a la frustración, la impulsividad y la ansiedad elevada podrían ser algunos de las características comunes a los agresores.

La actual situación de recortes económicos, con la disminución del personal sanitario, disponible, demoras en los tiempos de atención...pueden ser factores a tener en cuenta en la percepción de aumento en el número de estas agresiones.

Los cambios sociales han hecho que los ciudadanos sean conocedores de sus derechos como usuarios de los servicios sanitarios tanto públicos como privados. Paradójicamente, lo que debiera considerarse beneficioso (una mayor autonomía del paciente e involucración en los procesos asistenciales y terapéuticos que le competen), lleva en no pocas ocasiones a un mal entendimiento de estos derechos. No es extraño que algunas personas consideren que deben de algún modo “dirigir” según su criterio la práctica médica a realizar. Por lo tanto, en situaciones en las que el agresor ve frustradas sus esperanzas de alcanzar un beneficio (recetas, bajas, etc.), desea que se le realice

alguna prueba diagnóstica fuera de indicación, o muestra su desacuerdo con el diagnóstico o prioridad en la atención, las agresiones ocurren con mayor frecuencia.

No hay que olvidar situaciones de tensión relacionadas con la atención médica, como puede ser la falta de información en las urgencias, demoras en la atención, comunicación de noticias no esperadas o desalentadoras etc. que propician también que ocurran agresiones⁶⁷.

En todo el mundo se han realizado estudios para evaluar la magnitud del problema. En los años 90 se realizó una encuesta a médicos ingleses, de varias especialidades y lugares de práctica clínica (rural y urbana). Un 63% había sufrido alguna forma de agresión en el año anterior, en su gran mayoría de tipo verbal. Un 65,7% de los agresores eran hombres, y un 37,6% del total de agresores eran familiares de los pacientes⁶⁸.

En 2009 se realizó una encuesta mediante cuestionario postal a todos los miembros de British Medical Association en Irlanda del Norte, sobre sus experiencias de violencia en el lugar de trabajo, definiéndose la violencia como: *“cualquier incidente donde los médicos o el personal es maltratado, amenazado o agredido en circunstancias relativas a su trabajo, implicando un riesgo implícito o explícito para su seguridad, bienestar o salud.”* Los datos se usaron para compararlos con los resultados obtenidos de un trabajo similar llevado a cabo en el año 2006 sobre la misma población⁶⁹. El número de hombres y mujeres fue muy similar (51,3% de mujeres de un total de 387 encuestados). Más de la mitad de los encuestados (54%) pensaban que existía un problema concerniente al nivel de violencia ejercida por los pacientes en sus lugares de trabajo. Prácticamente la mitad de encuestados (48,9%) habían experimentado maltrato o

violencia en su lugar de trabajo en el último año. En un 82,2% de los casos, el agresor fue el propio paciente. El maltrato verbal fue la forma de violencia que se daba con mayor frecuencia anual. La siguiente forma en frecuencia fueron amenazas y agresiones físicas. Los encuestados en su mayoría indicaron que pensaban que la agresión tuvo lugar principalmente por la insatisfacción con el trato recibido (59,5%). La mayoría (60,9%) no conocía al autor de la agresión. Más de la mitad (54,2%) de los incidentes no se comunicaron oficialmente.

La encuesta realizada por el Colegio de Médicos de Barcelona en 2004, en la que un tercio de los médicos encuestados sufrió algún episodio de violencia en el lugar de trabajo y un 25% fue testigo de agresión laboral. La agresión verbal fue nuevamente la más frecuente, seguido de las agresiones físicas y las amenazas. La causa principal fue la reacción de los pacientes por no satisfacerse sus demandas. Los servicios de urgencia ocuparon el primer lugar con el 45% y los servicios de atención primaria tuvieron el 28% del total⁷⁰.

Otros estudios ponen de manifiesto que el 11% de los trabajadores sanitarios ha sido víctima de agresión física, un 5% en más de una ocasión; el 64% han sido víctima de comportamientos amenazantes, y un 34% han sufrido amenazas intimidación o insultos⁷¹.

En un estudio realizado en Jaén en el año 2005 sobre violencia del paciente en Atención Primaria, el porcentaje de médicos de familia agredidos fue del 58%, de los cuales, el 85% reconoció haber sufrido abuso verbal, el 67,5% amenazas, y el 12,5% agresiones físicas⁷².

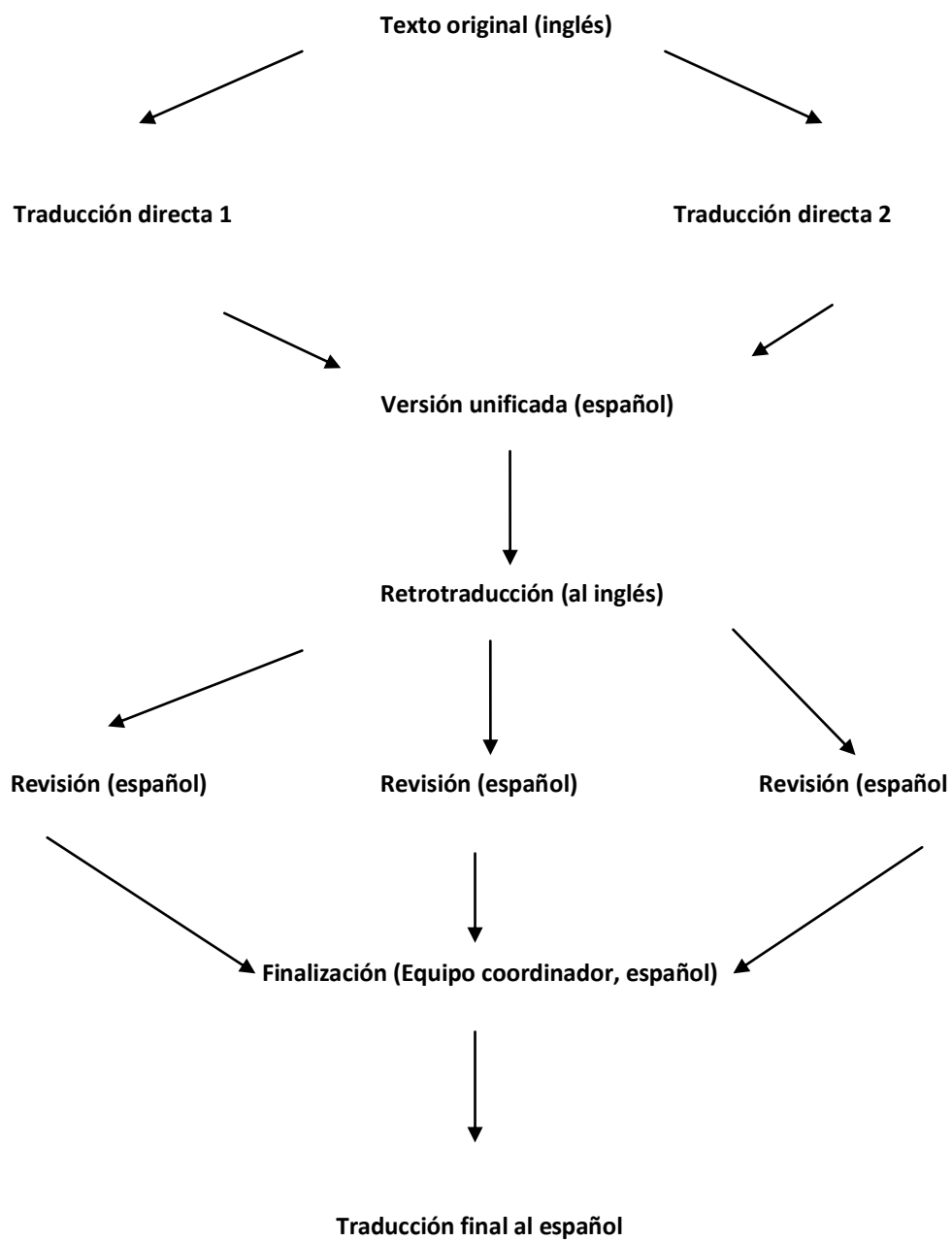
Un problema importante es el de las agresiones no notificadas a ningún órgano, bien sea el mismo centro donde se produce el acto violento, los servicios laborales del centro hospitalario referente, el Colegio de Médicos o su denuncia frente a la justicia ordinaria. Entre los motivos para no notificar se han descrito la creencia de la falta de utilidad de dicha notificación o la normalización de dichos episodios violentos, considerándolos una parte implícita de la práctica clínica habitual⁷³.

La Organización Médica Colegial (OMC) de España, siendo consciente de la magnitud del problema pero careciendo de datos, publicó en el año 2009 una guía con recomendaciones hacia todos los agentes implicados (médicos, Colegios de Médicos, responsables de centros sanitarios y usuarios), así como modelos para la realización de la entrevista clínica y para el registro y tramitación ágil de agresiones⁷⁴. Siguiendo estas premisas, se tienen datos de las agresiones a facultativos desde el año 2010 hasta el año 2014⁷⁵. El número de agresiones contabilizadas en este periodo ha sido de 2.058, 344 de ellas en el último año. Andalucía fue la Comunidad Autónoma que de forma constante ha registrado más agresiones, lo cual es explicable por ser la también la región más poblada. La tasa de agresiones por cada mil colegiados más alta en el último año corresponde a Ceuta y Melilla (6,64 frente a 2,49 de Andalucía). La distribución por sexos ha sido prácticamente equitativa (51% mujeres, 49% hombres). Un 87% de las agresiones ocurrieron en el ámbito público. En un 54% de los casos, el agresor fue el propio paciente, seguido de familiares (31%). Prácticamente la mitad (48%) de los fenómenos de violencia acontecieron en consultas de Atención Primaria. El motivo principalmente referido fue la discrepancia con la atención recibida.

A nivel andaluz en el año 2010 se realizó un cuestionario sobre una muestra piloto, enviada a los distintos colegios de médicos de la Comunidad Autónoma⁷⁶. Dicho cuestionario era una traducción del utilizado por la BMA, para lo que se llevó a cabo el método de traducción, adaptación cultural y validación para cuestionarios de salud descrita por Eremenco⁷⁷.

Para ello, se realiza un proceso en varias etapas, tal y como se muestra en el siguiente diagrama.

Diagrama 1. Proceso de traducción de la Encuesta de la BMA.



Primera fase: El objetivo de esta fase es alcanzar una equivalencia entre los cuestionarios en términos semánticos, idiomáticos y conceptuales.

En esta fase, se lleva a cabo una traducción y adaptación cultural del cuestionario, con permiso previo de la BMA. Para ello se realiza una traducción directa del inglés (idioma original) al español, por parte de dos traductores (pueden ser profesionales o investigadores bilingües). Seguidamente, un tercer traductor independiente elabora una versión unificada de ambas traducciones, la cual vuelve a ser traducida (o retrotraducida) al inglés por otro intérprete que desconozca el proceso llevado a cabo con anterioridad. Posteriormente esta retrotraducción se compara con el cuestionario original para detectar discrepancias y asegurar la equivalencia entre ambos instrumentos de medida. El documento previamente traducido al español es revisado por tres personas de forma independiente, quienes analizan si existen términos que necesitan ser modificados. Estas modificaciones son revisadas por el equipo de traductores de forma conjunta, hasta que se alcanza una versión final que se prueba en pacientes.

Segunda fase: correspondería a uno de los objetivos de este estudio, que no es más que validar el propio instrumento de medida para comprobar sus propiedades psicométricas. La validación de un cuestionario debe estar focalizada en conseguir una equivalencia en cuanto a sus propiedades psicométricas, incluso cuando se ha garantizado la traducción y adaptación cultural. El estudio de estas propiedades debe realizarse sobre una muestra amplia que sea lo más cercana posible a la muestra original (y si es posible, con personas que presenten la patología a medir en distintos estadios).

En este caso, se usó una muestra de 56 médicos pertenecientes a las juntas directivas de los Colegios de Médicos. La encuesta se estructuró en preguntas sobre 3 aspectos:

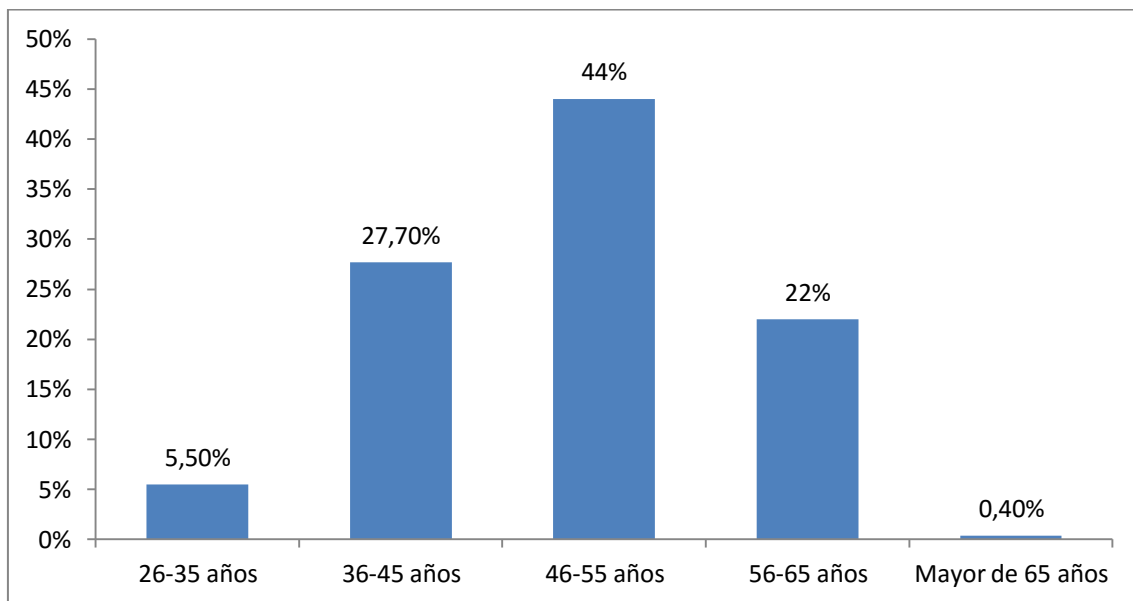
- A. Acerca de tu entorno laboral: (preguntas 1 a 4).
- B. Sobre su experiencia: (preguntas 5 a 27, desde la 6 a la 22 condicionadas por valor afirmativo en la 5).
- C. Sobre la violencia en su lugar de trabajo: (preguntas 28 a 32).

Pese a que el objetivo de la encuesta era validarla (al ser una versión de la original de la BMA), se pudieron extraer algunos resultados interesantes. Algunos de estos resultados fueron presentados en la 2ª Conferencia Anual de la EAPH (European Association for the Physician Health, o Asociación Europea para la Salud del Médico), celebrada en Barcelona en 2010^{78,79}. El 53,6% de los encuestados manifestó que sí existía un problema de maltrato o violencia en su actual lugar de trabajo, lo cual coincide prácticamente con el porcentaje de médicos que opinaban de la misma forma en la encuesta de la BMA. En aquellos médicos que habían sufrido una agresión, casi se duplicó el porcentaje de facultativos que opinaban que la violencia en el lugar de trabajo suponía un problema frente a aquellos que no habían sido agredidos (84,7% versus 44,2%). Habían sufrido maltrato o violencia el 23% de los encuestados, frente al 48,9% de la encuesta de la BMA. En el 58,3% de los casos el motivo fue estar insatisfecho con el servicio recibido (no se les recetó lo que deseaban, en especial psicotrópicos, denegación de bajas médicas, demasiado tiempo de espera), siendo también el motivo principal que se señaló en la encuesta de la BMA.

En Málaga se han realizado sendos trabajos observacionales descriptivos, cuya población a estudiar estaba compuesta por aquellos profesionales médicos colegiados en esta ciudad, que habían utilizado los servicios de su asesoría jurídica para gestión y/o denuncia de agresiones^{80,81}. El perfil del agresor obtenido sería: varón menor de 40 años con historial violento, muchas veces no es conocido por el médico, que considera que es atendido con demora en la consulta del médico de familia o en un servicio de urgencia y que no está conforme con la atención recibida. Un 50% presentó criterios de ansiedad tras la agresión, con repercusión en la vida laboral en un 56% de los encuestados. Pese a lo limitado de la muestra, el trabajo sirve para obtener una visión del problema a nivel provincial.

En el año 2014 se registraron por la Asesoría Jurídica del Colegio de Médicos de Málaga (COMMálaga) 18 agresiones, todas ellas en centros públicos. 10 de las agresiones se perpetraron contra mujeres. El 44% de las víctimas fueron profesionales entre los 46 y los 55 años, seguido por aquellos entre los 36 y 45 años (27,7%), y los médicos de 56 a 65 años, que abarcan el 22%. Por último, en el grupo de edad de entre los 26 y 35 años se dieron el 5,5% de las agresiones comunicadas. Respecto a la tipología del agresor, en 17 de los 18 casos fueron los propios pacientes atendidos los que cometieron la agresión. De todos los casos registrados, 14 de los médicos han presentado denuncia, de las cuales 13 han ido a juicio. Además, en ninguna de las ocasiones se han producido lesiones, ni baja laboral por parte del profesional.

Gráfico 3. Distribución de agresiones notificadas en 2014 al COMMálaga, según edad
(elaborado por la autora, según datos del COMMálaga).



El Colegio de Médicos de Málaga puso en marcha en febrero de 2007 un número de teléfono de atención urgente que funciona las 24 horas del día durante todo el año (incluidos domingos y festivos) al que pueden llamar los colegiados agredidos durante el ejercicio de su profesión. Al otro lado de la línea telefónica les atiende uno de los abogados de la Asesoría Jurídica del Colegio que le proporcionará asesoramiento legal. Si fuera necesario, el colegiado también recibiría tratamiento psicológico para superar el shock post traumático que puede aparecer tras la agresión, ya sea física o verbal.

2. DESARROLLO ACTUAL DEL PROGRAMA PAIME (NACIONAL, REGIONAL Y PROVINCIAL): ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

2.1. EL PROGRAMA PAIME EN ESPAÑA.

El estudio de los factores idiosincrásicos del colectivo médico ha derivado en la creación de distintos dispositivos o asociaciones dedicadas a preservar la salud del médico en todo el mundo. A nivel europeo, destaca la EAPH, que fomenta la promoción de la salud del colectivo en Europa. Estas asociaciones permiten, mediante la celebración de conferencias y reuniones periódicas, tener una visión global del alcance del fenómeno del médico enfermo, el cual no se circunscribe a países, especialidades o colectivos concretos.

Muchos médicos no son conscientes de sus problemas y se resisten a recibir apoyo o ayuda. Aún siendo conocedores del perjuicio que esta resistencia puede causarles, el miedo, el sentimiento de culpa y la estigmatización social son más potentes que las posibles consecuencias de padecer una patología no tratada. Los profesionales de la salud recurren con poca frecuencia a usar los servicios sanitarios, bien sea por autosuficiencia, por la negación de las propias enfermedades, o porque realizan consultas espontáneas a colegas. La propia condición de médico dificulta el tratamiento más que facilitarlo. En no pocas ocasiones no se aceptan abiertamente los síntomas, sin poder o sin querer verlos. Otras veces el médico comienza por auto

diagnosticarse, con la inevitable subjetividad que conlleva, y llevando a la automedicación, con el peligro que supone. El proceso puede durar años y el deterioro personal revierte en su vida, su familia y en su profesión.

A los profesionales de la Medicina se les supone una fortaleza y capacidades de afrontamiento, y en cuando sienten que esto no ocurre así, la dificultad para admitir las vulnerabilidades propias es mayor⁸². Recurrir a una persona conocida del ámbito laboral dificulta la relación médico-paciente. Una característica común a la hora de abordar el trato de médicos es la dificultad para establecer un setting adecuado. El acceso fácil a otros colegas (denominadas consultas “de pasillo”) hace con mucha más frecuencia de la deseable temas de relevancia considerable no sean abordados con la seriedad requerida^{83,84}. El hecho de ser tratado por los propios compañeros puede llevar a intervenciones menos agresivas, incluso en situaciones de potencial gravedad como son aquellas que conllevan un riesgo suicida.

Es curioso que frente al absentismo de ciertas profesiones, en Medicina tenga lugar el fenómeno contrario (“presentismo”). El sentimiento de culpa, de que tomarse unos días libres suponga una mayor carga de trabajo al compañero...dificultan en ocasiones el abordaje de situaciones complicadas. La política de no reposición de puestos vacante o de situaciones de incapacidad temporal empeora aún más el complejo panorama presentado.

El estigma asociado a la enfermedad mental no resulta ajeno a la profesión médica. Hay estudios que demuestran que más de tres cuartas partes de los médicos preferirían acudir a un familiar o a un amigo antes que a un compañero en el caso de

padecer algún trastorno mental, alegando que las implicaciones para la carrera profesional crean una barrera a la hora de sincerarse con otros profesionales de la salud^{85,86}.

Cuando un médico enferma, es esencial que tome conciencia de su propia enfermedad antes de llegar a situaciones extremas, y que cuente con las garantías suficientes de recibir una buena atención. Un diagnóstico rápido y eficiente, así como seguir el tratamiento más indicado de forma individualizada, no beneficia sólo al médico enfermo, también a todos aquellos tratados por él. La enfermedad mental no tratada puede llevar a errores en la práctica clínica y una menor calidad de la atención médica. Es esencial identificar y tratar a aquellos médicos que presentan patología mental.

Dada la dificultad que presentan estos profesionales a la hora de pedir ayuda cuando manifiestan un problema de índole psíquica, se hace necesaria la existencia de servicios específicos orientados a la atención de profesionales médicos, donde se asegure la confidencialidad, una atención rápida y en las mejores condiciones clínicas posibles.

La primera experiencia europea de atención al médico enfermo nació en España, en concreto, en Cataluña. A finales de los años noventa, la necesidad de ofrecer ayuda y terapia integral a los propios compañeros llevó a los Colegios Oficiales de Médicos de España a la creación de un programa específico, denominado “Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)”⁸⁷.

La filosofía del PAIME se basa en los contenidos del Código de Deontología de la Organización Médica Colegial, aprobado en Madrid en noviembre de 2011, y cuyo Artículo 22 dice textualmente⁸⁸:

1. "El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.
3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario."

Se puede considerar que los objetivos del PAIME son:

- Ayudar al mayor número posible de médicos enfermos.
- Asegurar que los médicos enfermos reciban la asistencia especializada necesaria.
- Favorecer su rehabilitación como profesionales.
- Garantizar que la práctica de la medicina se haga en las mejores condiciones posibles para la salud de los ciudadanos.

El programa funciona en la totalidad de las Comunidades Autónomas y fue acogido en la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial. La asistencia del PAIME está garantizada para todos los médicos colegiados y en activo (no en situación de invalidez o de jubilación), puesto que la filosofía del PAIME implica garantizar la incorporación a la tarea profesional en las mejores condiciones y con las máximas garantías para sus pacientes. La atención personalizada, la discreción, la flexibilidad en el tratamiento y el apoyo profesional especializado se acomodan a las características de cada paciente. Desde la atención individual, grupal o familiar, hasta la adaptación de horarios y asistencia en vacaciones. Además de la asistencia sanitaria, el PAIME también proporciona atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral.

Las vías de acceso al programa son varias. Puede ocurrir que el propio médico sea el que contacte con el Colegio de Médicos vía telefónica. Dicha llamada se derivará al responsable colegial del programa con las máximas garantías de confidencialidad del caso. Si es pertinente, se programará una primera entrevista para realizar una valoración inicial del problema. Antes de la primera visita se procederá a la firma del documento de aceptación de entrada al programa, por el cual acepta seguir en todo momento las indicaciones de su terapeuta y que compromete al PAIME a procurarle la asistencia y los servicios necesarios para alcanzar una adecuada recuperación. El contrato terapéutico no tiene validez jurídica, pero es un compromiso ético entre las partes que lo suscriben. En otras ocasiones, la sugerencia puede partir de un compañero de trabajo o familiar.

No obstante, puede ocurrir que el médico enfermo se niegue a recibir atención especializada, aumentando el riesgo de mala praxis, los riesgos sobre la propia salud y sus efectos sobre el entorno laboral y familiar. En estos casos existe un deber regido por el Código Deontológico hacia otros compañeros conocedores de la situación particular de estos médicos, siendo necesario comunicar el caso al secretario del Colegio de Médicos correspondiente.

En caso de que el terapeuta de un médico detecte falta de colaboración o incumplimiento de las normas establecidas por ambos previamente, se debe comunicar al secretario del Colegio de Médicos correspondiente renunciando a seguir con el tratamiento del médico enfermo o bien solicitando respaldo de los diferentes servicios especializados de que dispone el programa.

El PAIME ofrece los siguientes servicios asistenciales:

- **Ambulatorio:** proporciona una primera visita y visitas de seguimiento y, según la disponibilidad territorial, psicoterapias individuales y grupales, así como la realización de controles de tóxicos en orina, estudios neuropsicológicos y psicometrías.

- **Hospital de Día:** Para el tratamiento de adicciones, según disponibilidad territorial.

- **Hospitalización en la Unidad de Ingreso del PAIME:** esta opción queda reservada para casos más graves, ya sea debido a una conducta adictiva o a un trastorno mental.

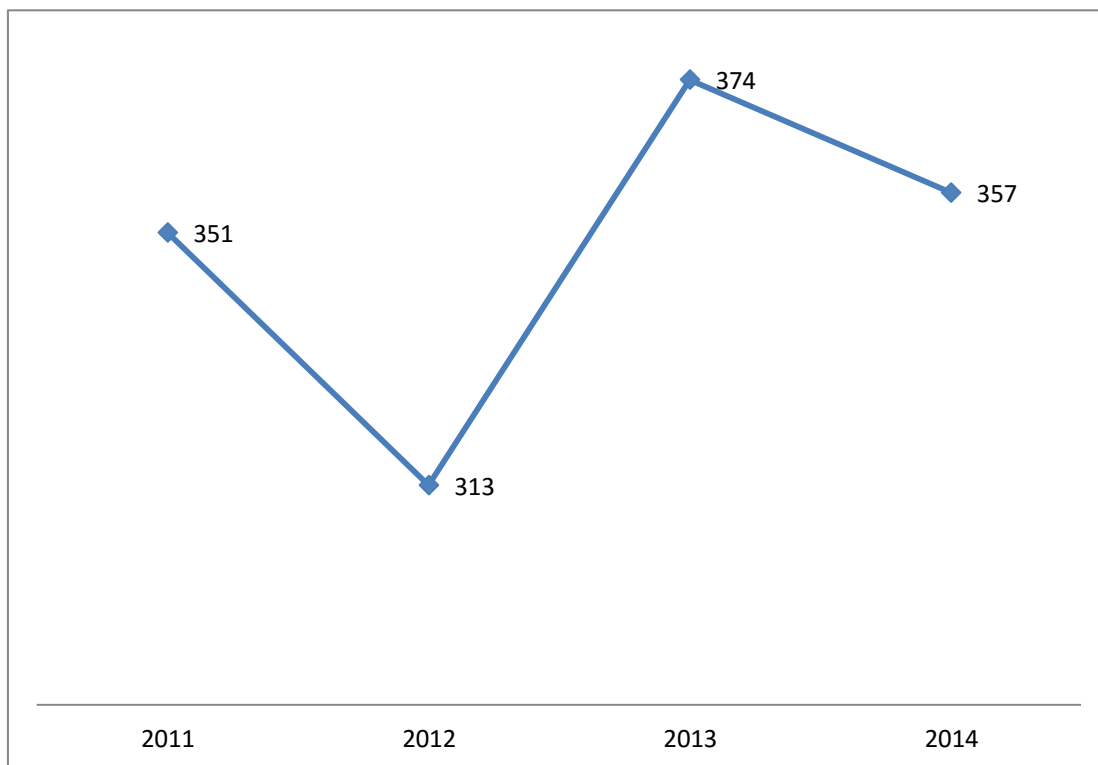
La Unidad Clínica de Barcelona es el punto de referencia nacional para la hospitalización de algunos casos que precisan este abordaje.

Desde su creación, el grado de implantación del PAIME en los colegios ha sido progresivo hasta lograr, a día de hoy, que el Programa esté disponible en todos los Colegios de Médicos de España. Aunque la estructura organizativa y dotación de recursos depende de cada Colegio de forma particular, en todos ellos se cuenta con un circuito de gestión de las llamadas recibidas en el Colegio, un psiquiatra, un médico de adicciones y un psicólogo.

En abril de 2015 la Organización Médica Colegial (OMC) presentó el informe “Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Datos de evolución 1998-2014”. A continuación se destacan los datos más relevantes del informe, así como gráficas elaboradas por la autora de esta tesis a partir de los datos de dicho informe.

Hasta el 31 de diciembre de 2014, fueron 3.810 los profesionales sanitarios tratados. En ese año 2014, 357 médicos accedieron por primera vez a este programa. Por Comunidades Autónomas, la que más pacientes aportó desde su creación fue Cataluña, con 1.830, aunque Ceuta y Melilla, por número de casos por cada millar de colegiados, se sitúa en la segunda posición.

Gráfico 4. Número de pacientes atendidos (según datos de informe PAIME).



Ingresos: Durante los años que el programa lleva en funcionamiento se han registrado 748 ingresos de médicos, del que el 32% se deben a trastornos mentales; el 22% a patología dual, un 23% a alcoholismo; y un 23% a otras adicciones⁸⁹. En aquellos casos que requirieron ingreso hospitalario, la estancia media en 2014 fue de 31,7 días.

Distribución por edades: El tramo de médicos de menos de 30 años y el comprendido entre los 31 y los 40 son los que más accedieron al PAIME en 2014. De forma constante desde que existe el registro de casos, se observa que el mayor número de casos nuevos se da en la franja de edad comprendida entre los 51 y los 60 años. En 2014, fueron 106 los casos en esta franja, lo que supone un 30% del total. El grupo con menos atendidos fue el de más de 61 años, con un total de 28 casos nuevos (recordar que para acceder al programa teóricamente no se puede estar en situación de jubilación, lo que es una posible explicación a estos datos). Estas cifras son solapables a las obtenidas cuando se analiza el número total de casos atendidos entre 2010 y 2014.

Tabla 1. Número total de casos nuevos atendidos, distribución por edades.

	2011	2012	2013	2014
Menos de 30 años	33	22	30	37
De 31 a 40 años	56	56	49	79
De 41 a 50 años	70	83	82	64
De 51 a 60 años	101	127	93	106
Más de 61 años	20	28	19	28

Gráfico 5. Distribución por edades de los nuevos casos PAIME 2011-2014.

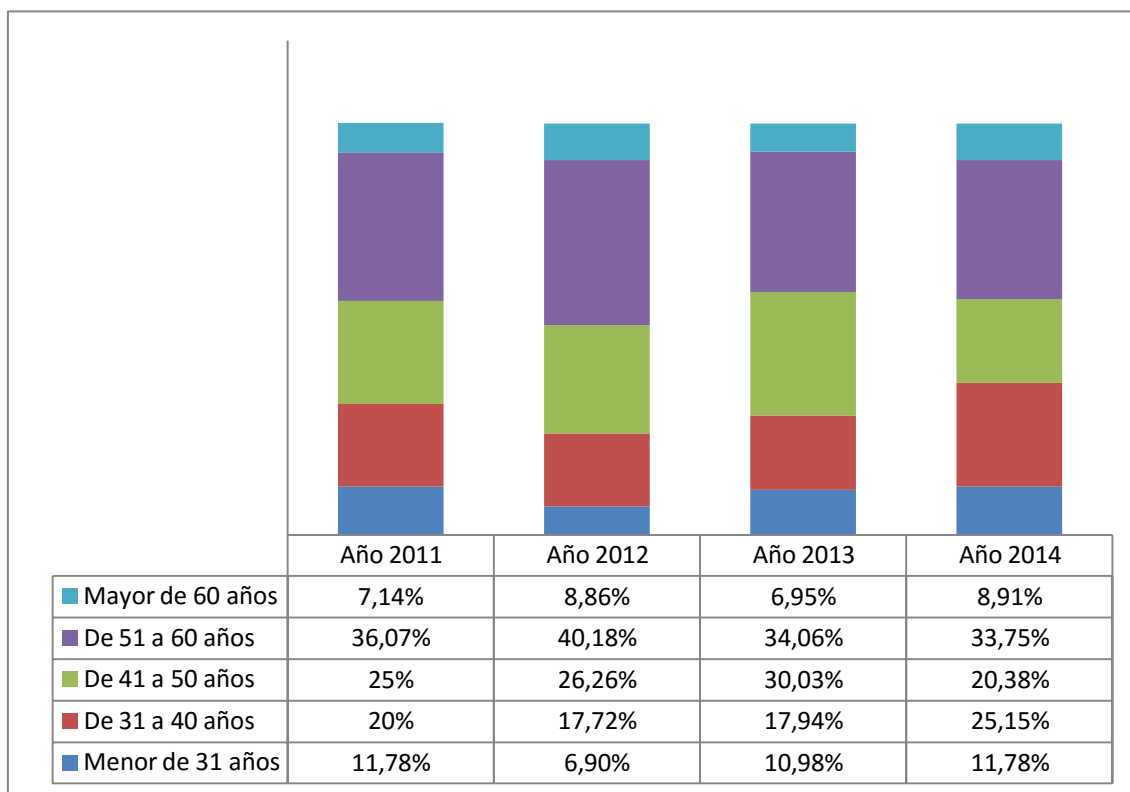
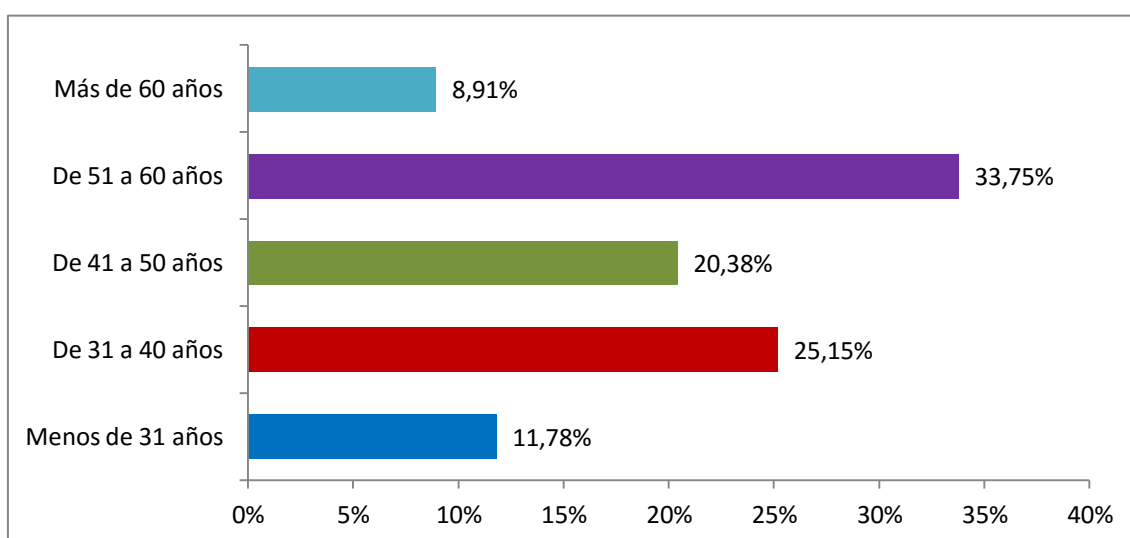


Gráfico 6. Casos nuevos atendidos en 2014, distribución por edades.

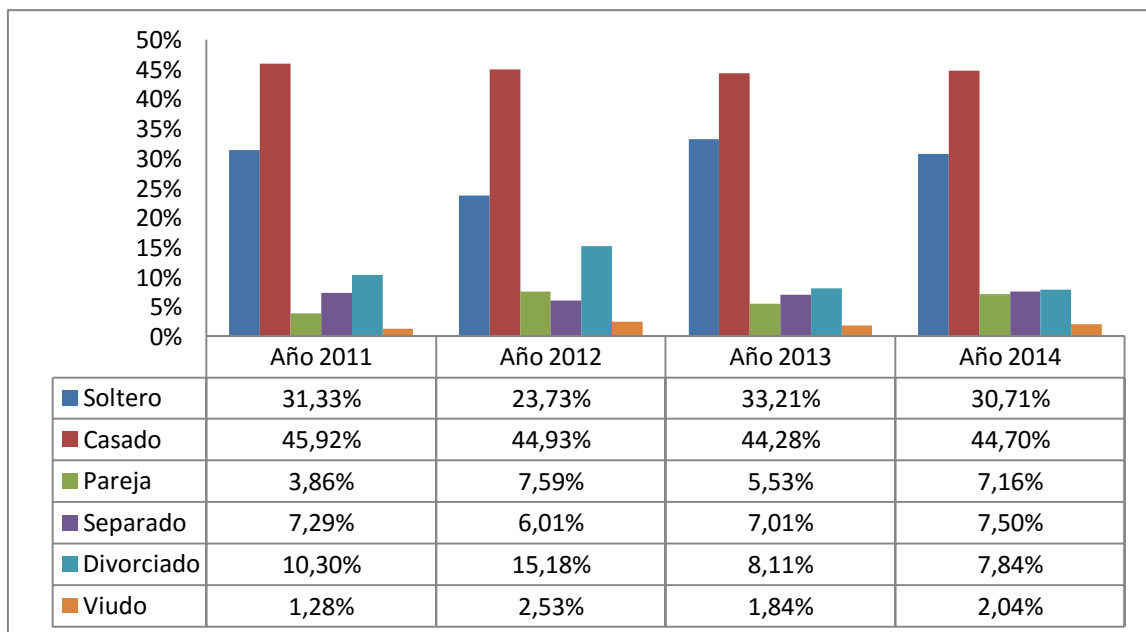


Género y estado civil: La distribución por géneros ha sido prácticamente equitativa en estos años (47% hombres y 53% mujeres). En cuanto a estado civil, predominan los médicos casados en todos los años del registro, seguidos de los solteros y divorciados.

Tabla 2. Número de casos atendidos, según estado civil.

	2011	2012	2013	2014
Soltero	73	75	90	90
Casado	107	142	120	131
En pareja	9	24	15	21
Separado	17	19	19	22
Divorciado	24	48	22	23
Viudo	3	8	5	6

Gráfico 7. Distribución según estado civil, 2011-2014.



Motivos de demanda de atención: De forma constante, el motivo principal de acceso al PAIME ha sido la existencia de algún trastorno mental, seguido del alcoholismo, la patología dual y el consumo de drogas.

Desglosando según diagnósticos, prevalecen los trastornos del estado de ánimo, seguidos de los trastornos de adaptativos, los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos de personalidad y los de ansiedad (a destacar que se carecen de datos del año 2012 a este respecto).

Gráfico 8. Motivos de demanda hasta el año 2014.

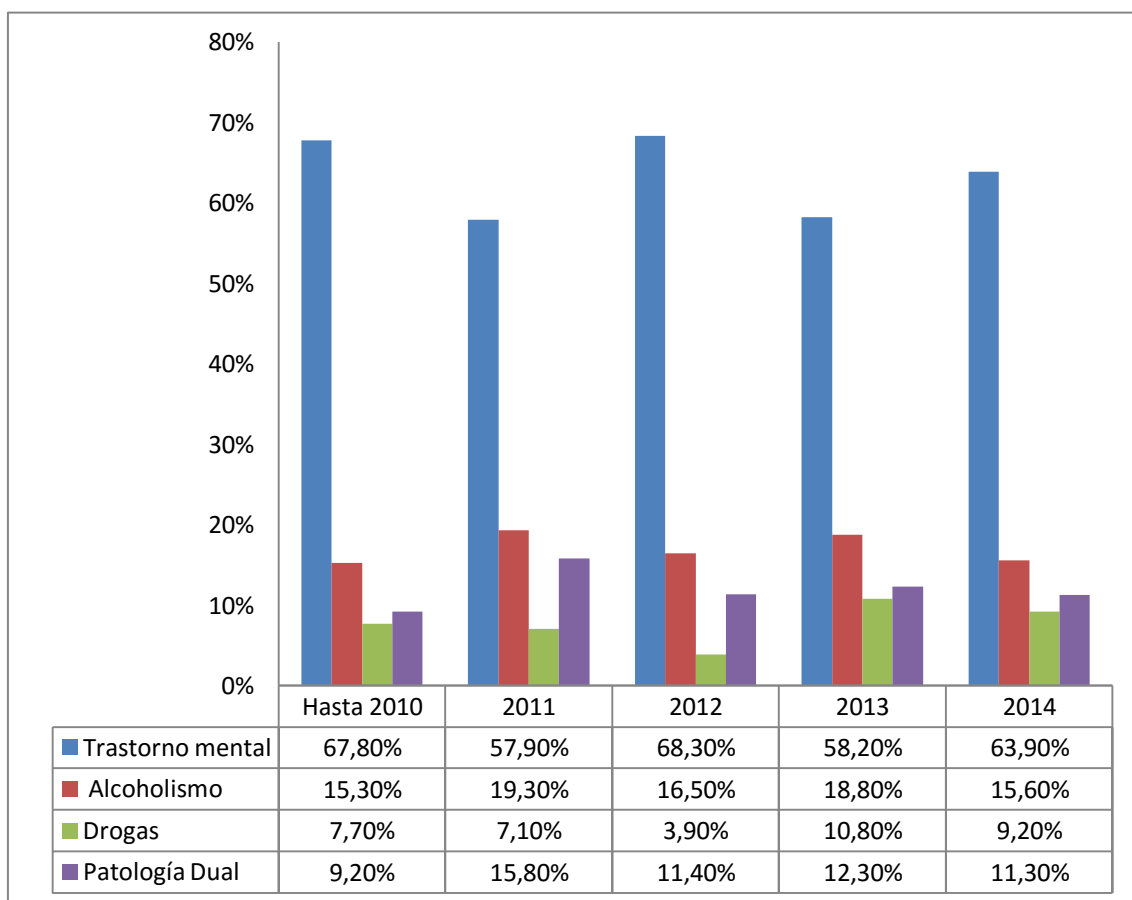
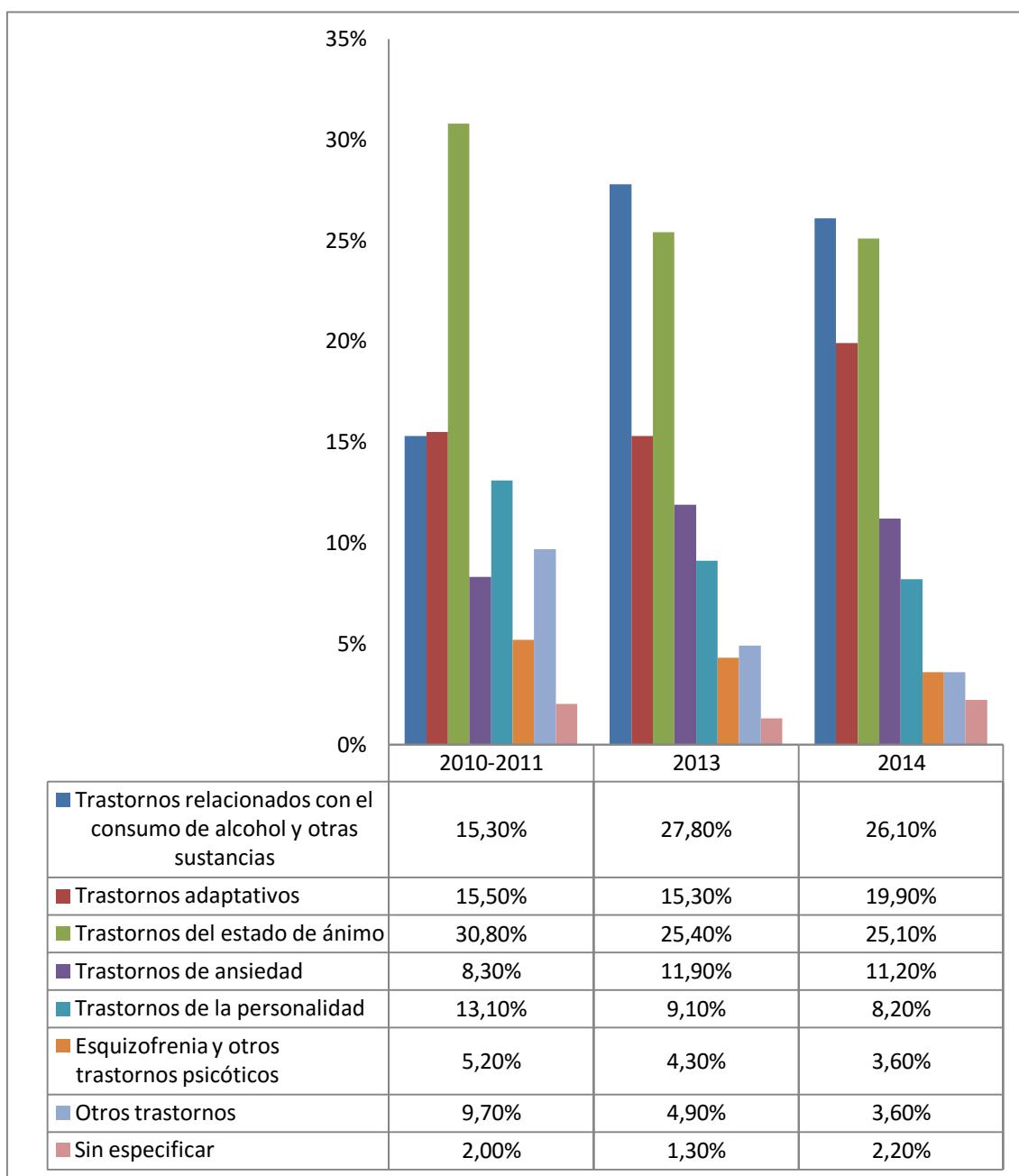
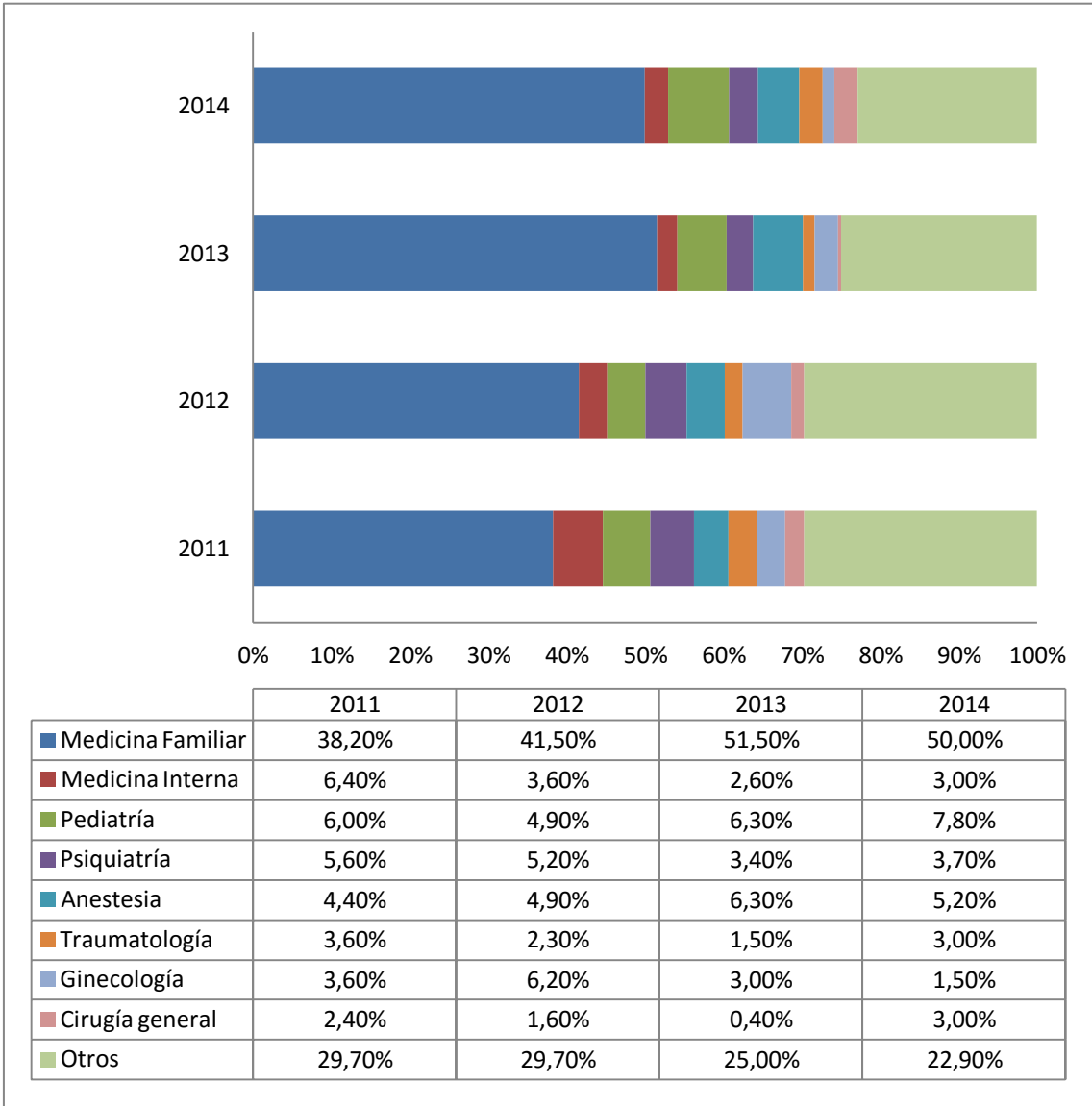


Gráfico 9. Diagnósticos clínicos según DSM-IV-TR, años 2010-2011-2013-2014.



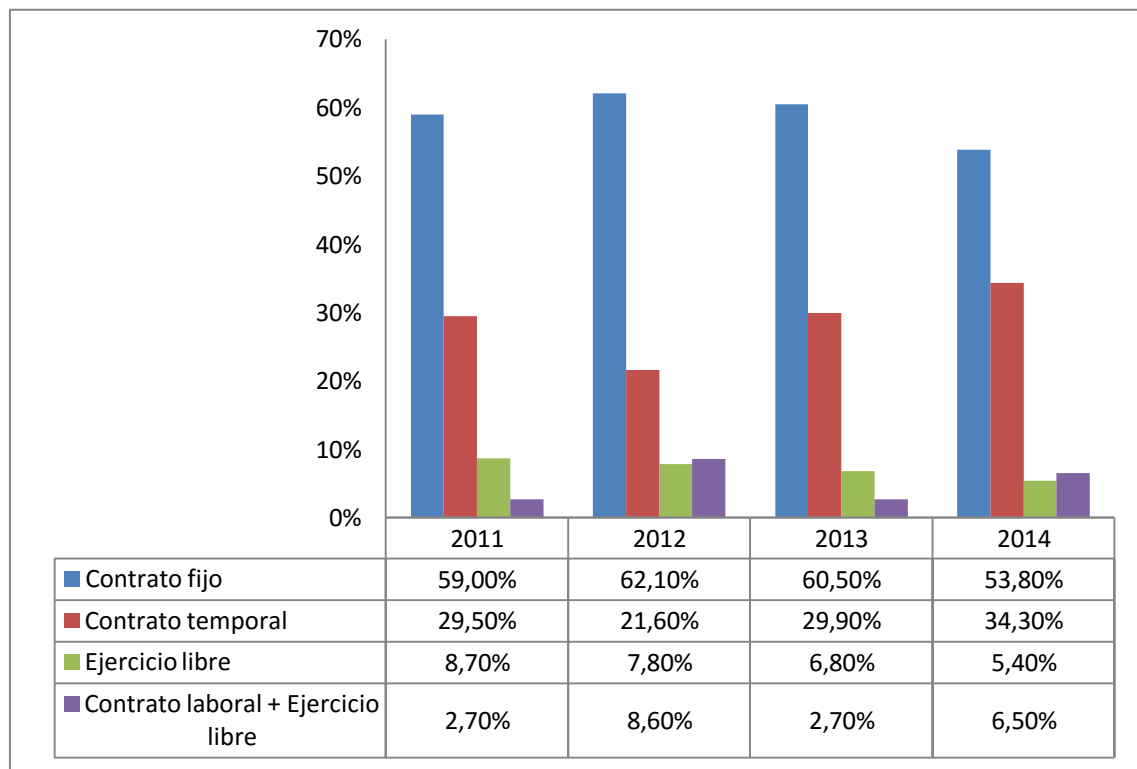
Especialidades médicas de los pacientes PAIME: Atención Primaria ha sido de forma persistente el área médica de mayor procedencia de estos pacientes, siendo el espacio de trabajo de hasta el 50% de estos profesionales sanitarios. Además del clúster “Otros”, destaca en el último año el porcentaje de pediatras, anestesistas y psiquiatras atendidos.

Gráfico 10. Distribución según especialidades.



Relación laboral: La práctica totalidad de los atendidos ejercen la Medicina por cuenta ajena, teniendo contrato fijo en más de la mitad de los casos. Esta cifra puede compararse con la edad de atención de los pacientes, que en más de la mitad de los casos se encuentran en la franja comprendida entre los 41 y los 60 años (que es cuando se produce la mayor consolidación laboral).

Gráfico 11. Tipo de relación laboral.



2.2. CASO PARTICULAR DEL PROGRAMA PAIMM. FUNDACIÓN GALATEA.

En el año 1998, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, conjuntamente con el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña y el Servicio Catalán de Salud, crearon el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM), o Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. El PAIMM se considera un programa pionero en España y en Europa, siendo el origen en nuestro país de los servicios de atención específica a los facultativos, con el desarrollo posterior del PAIME en todo el territorio nacional.

A partir de la experiencia del PAIMM, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña creó la Fundación Galatea a principios de 2001, con el propósito de promover la salud, el bienestar físico y mental y la calidad de vida del colectivo médico. Muy pronto se adhirieron a esta idea las enfermeras (cuyo Programa RETORN estaba en funcionamiento desde el año 2000), y más recientemente los veterinarios y farmacéuticos, desarrollando programas orientados a cada una de estas profesiones sanitarias (Programa ASSIS, del Colegio de Veterinarios de Barcelona y el Programa ITACA FARMACEÛTICA, del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona). Las condiciones de atención son las mismas que para el PAIME, con derecho a recibir asistencia todos los profesionales colegiados y en activo. Las vías de acceso al programa pueden considerarse que son las mismas.

La Clínica Galatea, entidad de titularidad compartida entre el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y el Centro de Psicoterapia Barcelona, es el centro de desintoxicación y tratamiento de trastornos mentales especializado en médicos y otros profesionales sanitarios. La clínica está situada en Barcelona, cuenta con programas terapéuticos personalizados y medidas que aseguran la máxima confidencialidad de los datos personales de los pacientes tratados.

Una característica distintiva de la Fundación Galatea es su promoción de la salud de los profesionales, con el desarrollo de multitud de iniciativas para conocer y hacer frente a los factores de riesgo que más afectan la práctica de estos profesionales. Dentro de estas iniciativas de promoción de la salud destacan las llevadas a cabo en varios ámbitos:

- **Salud del médico residente:** dentro de este programa se pretende un conocimiento de la salud de los MIR y la realización de actividades dirigidas a residentes, tutores y profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales, de cara a mejorar la atención y detección precoz de problemas psíquicos y conductas adictivas en este colectivo. Destaca el “Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña”²².
- **Salud del médico jubilado:** orientado a ayudar a los facultativos en la etapa vital de jubilación, para que sea afrontada en condiciones óptimas. Para ello se ha elaborado una guía⁹⁰ sobre las necesidades de esta población.

- **Salud, género y ejercicio profesional:** en el contexto del proceso de feminización de la Medicina (señalado en el Capítulo 1), este programa pretende estudiar la salud de los profesionales sanitarios, con especial atención a la variable del género. Dentro del informe “Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña”⁴³ se recogen algunos resultados a este respecto (ya mencionados en el capítulo de feminización de la Medicina de esta tesis).
- **Salud del estudiante de Medicina:** el programa de promoción de la salud del estudiante de Medicina se pone en funcionamiento en 2009), con un objetivo tanto de investigación (conocer la situación de la salud del colectivo) como asistencial, mediante actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud psicoafectiva de los estudiantes de Medicina. Entre los hallazgos del estudio realizado sobre esta población (con una muestra de 420 estudiantes de 4º curso en las universidades catalanas), destaca que el riesgo probable de sufrir un trastorno mental, principalmente de tipo ansioso o depresivo, es elevado y significativamente muy superior al que se encuentra en otros estudiantes de la misma edad. Otro dato preocupante es que la cifra de bebedores de riesgo es alta entre los estudiantes de Medicina, un 26,7% de los hombres y 19,8% de las mujeres⁹¹.

2.3. PROGRAMA PAIME EN ANDALUCÍA Y MÁLAGA. ANÁLISIS DE CASOS.

La aplicación del PAIME en Andalucía dista mucho de ser homogénea. Cada Colegio Oficial de Médicos de las respectivas provincias establece de forma propia el modelo organizativo y de atención a los facultativos que precisan de los servicios del programa. Esto dificulta notablemente la posibilidad de realizar estudios o análisis de la situación actual del PAIME en nuestra Comunidad Autónoma. No existe un modelo unificado para el registro de casos, ni normativa alguna que exija dicho registro. La atención facultativa se realiza también en distintos lugares en cada provincia, pudiendo llevarse a cabo consultas privadas o en las instalaciones del propio Colegio (como ocurre en Málaga).

Hasta el año 2014 se atendieron en Andalucía 622 casos, lo que supone un notable aumento del número de casos en los últimos años (hasta 2010 fueron 384). La tasa de ingresos por cada 1000 colegiados es la tercera más alta de España, por detrás de Cataluña y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Si atendemos al caso concreto del Colegio de Médicos de Málaga, las consultas del programa tienen lugar en las instalaciones del propio Colegio, en dos despachos habilitados para tal fin. Dos psiquiatras son los encargados de atender a los pacientes que precisan tratamiento psiquiátrico de forma exclusiva. En el caso de pacientes con adicciones o que precisen de tratamiento psicológico, son derivados a consultas externas para tal fin.

El registro de los casos PAIME atendidos en Málaga se inicia en el año 2013, pese a que anteriormente ya se atendían casos. Existe un formulario que facilita la OMC para la recogida de los casos (Ver Anexos 1 y 2).

A continuación se procede a un análisis de los casos atendidos en el PAIME Málaga en el año 2013 y 2014, señalando las variables de mayor interés, según los datos disponibles en nuestro Colegio. Así mismo, se presentan gráficos elaborados por la autora a partir de los datos disponibles en el COMMálaga.

- **Situación al inicio del año:** En el año 2013 se contabilizaron 29 pacientes que realizaban seguimiento en el programa. 10 de ellos iniciaron el tratamiento por primera vez, 17 continuaron el tratamiento iniciado anteriormente y 2 lo retomaron tras más de un año sin seguimiento (alta anterior al año 2012). En el año 2014 se contabilizaron 15 pacientes que realizaban tratamiento. El porcentaje de seguimientos se redujo a un 20%, aumentando hasta un 27% los reinicios tras un alta anterior a 2013.

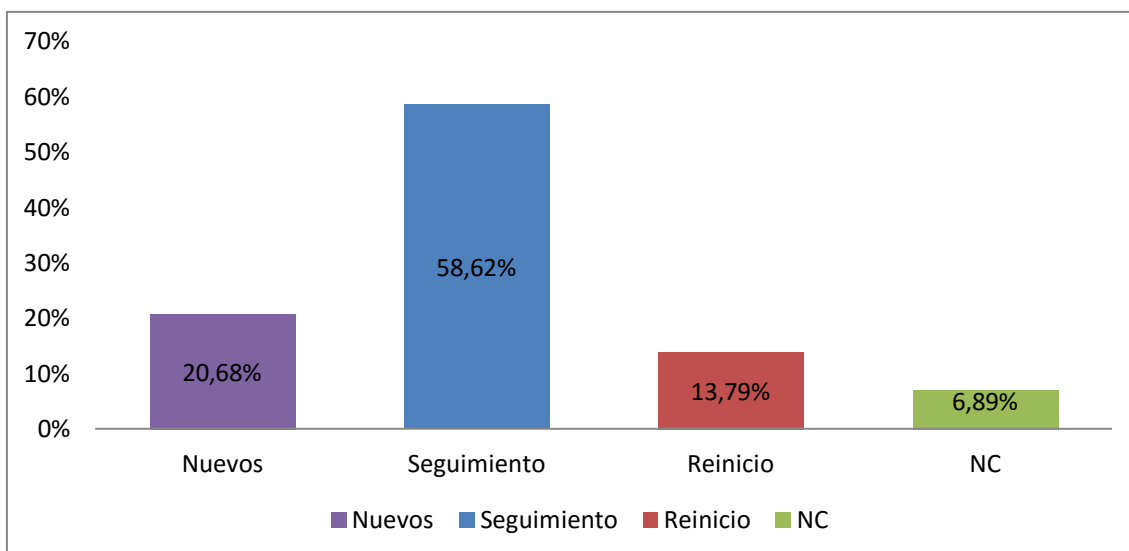


Gráfico 12. Situación de los pacientes atendidos en 2013

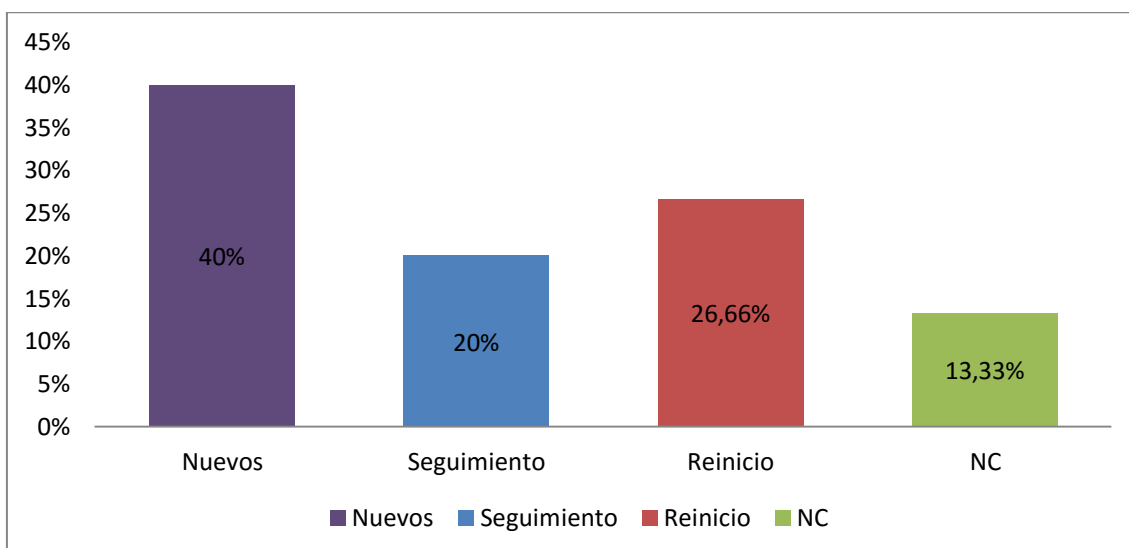


Gráfico 13. Situación de los pacientes atendidos en 2014.

- **Edad y género:** Una mayoría de los pacientes atendidos en 2013 se encontraron en el grupo de edad comprendido entre los 51 y los 66 años (65,6%), seguidos por el grupo entre los 41 y los 50 años (17,2%). El grupo menos numeroso fue el de los médicos con edad igual o inferior a 30 años. De los 29 pacientes atendidos en 2013, 23 eran hombres (79,3%) y 6 mujeres (20,7%).

De los 15 pacientes atendidos en 2014, 9 eran hombres (60%) y 6 mujeres (40%), siendo las mujeres más del doble proporcionalmente que el año anterior. La mitad de los pacientes se encontraron en el grupo de edad comprendido entre los 51 y los 66 años (50%), seguidos por el grupo de edad de más de 60 años, lo que supone un cambio respecto al año 2013. Otra diferencia es que el grupo menos numeroso fue el comprendido entre los 31 y los 40, mientras que el de menores de 30 años pasó a ser el segundo más numeroso.

Gráfico 14. Distribución según género, años 2013 y 2014.

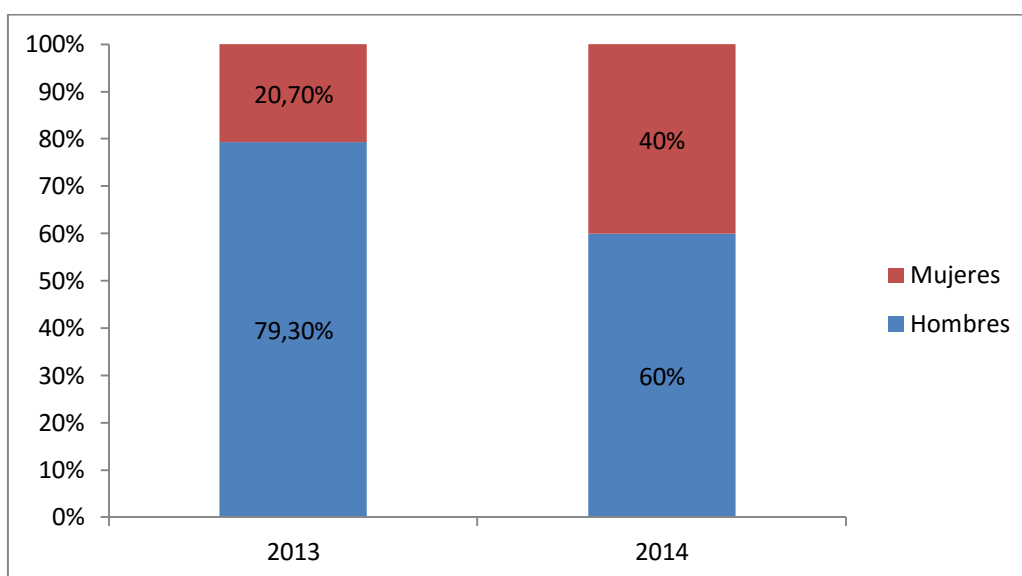


Gráfico 15. Distribución por edades, año 2013.

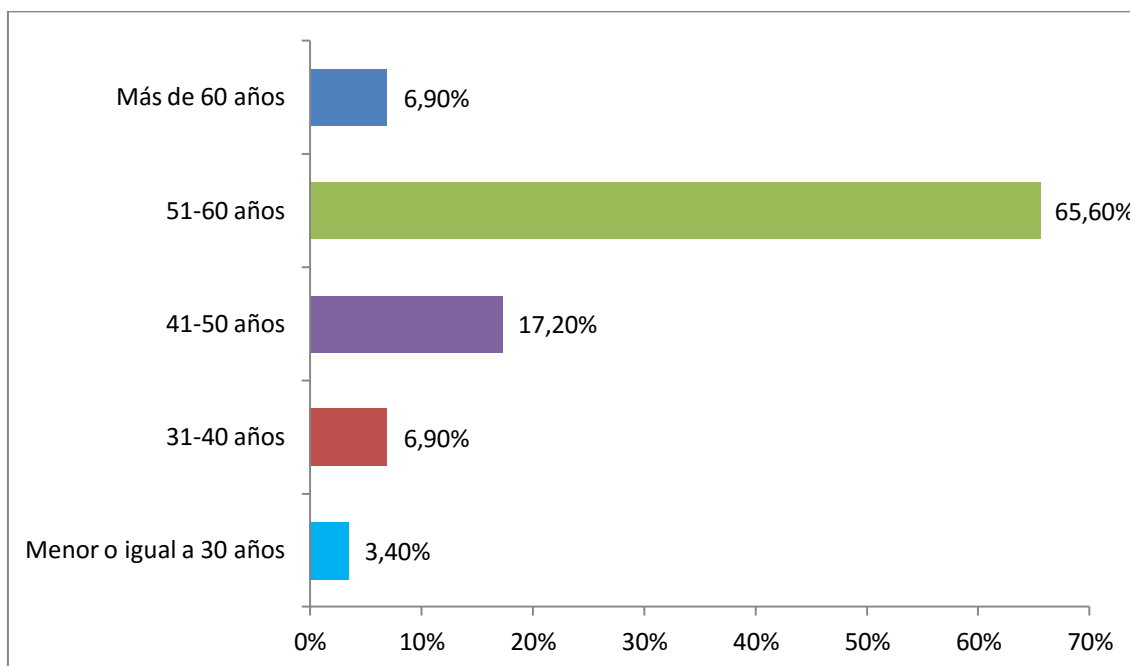
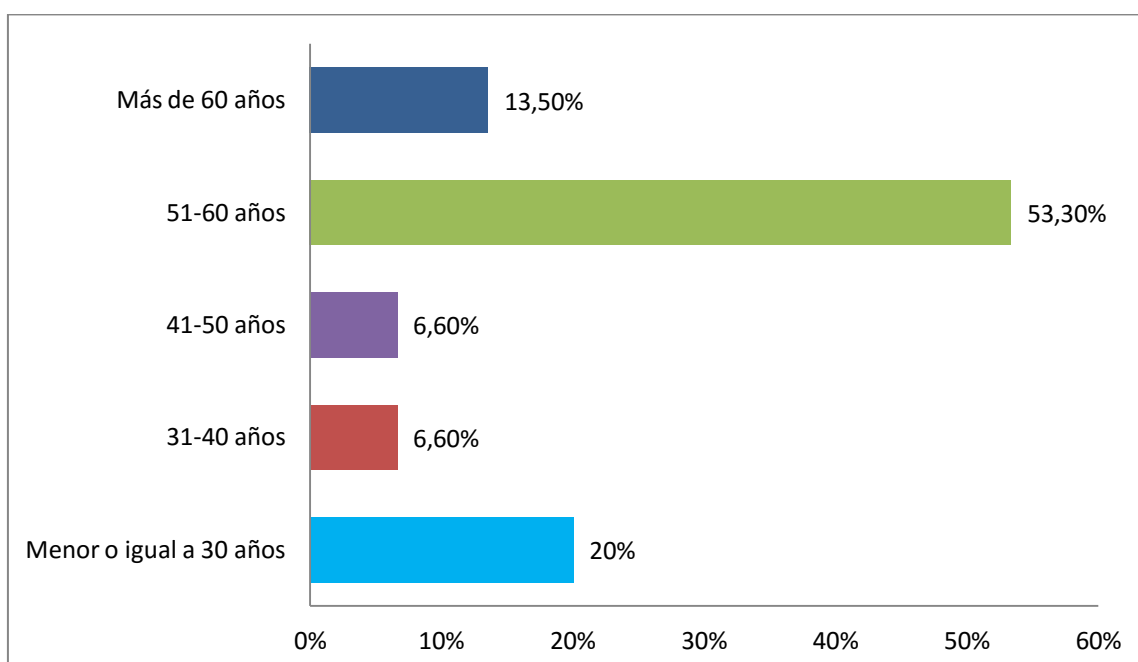


Gráfico 16. Distribución por edades, año 2014.



- **Estado civil:** El grupo más numeroso en 2013 fue el de los pacientes casados (41,4%), seguido por los solteros (34,5%) y divorciados (13,8%). En 2014 sin embargo el grupo más numeroso fue el de los pacientes solteros (46%), seguido por los casados (40%). Separados y viudos fueron atendidos en la misma proporción (7% aproximadamente).

Gráfico 17. Estado civil, año 2013.

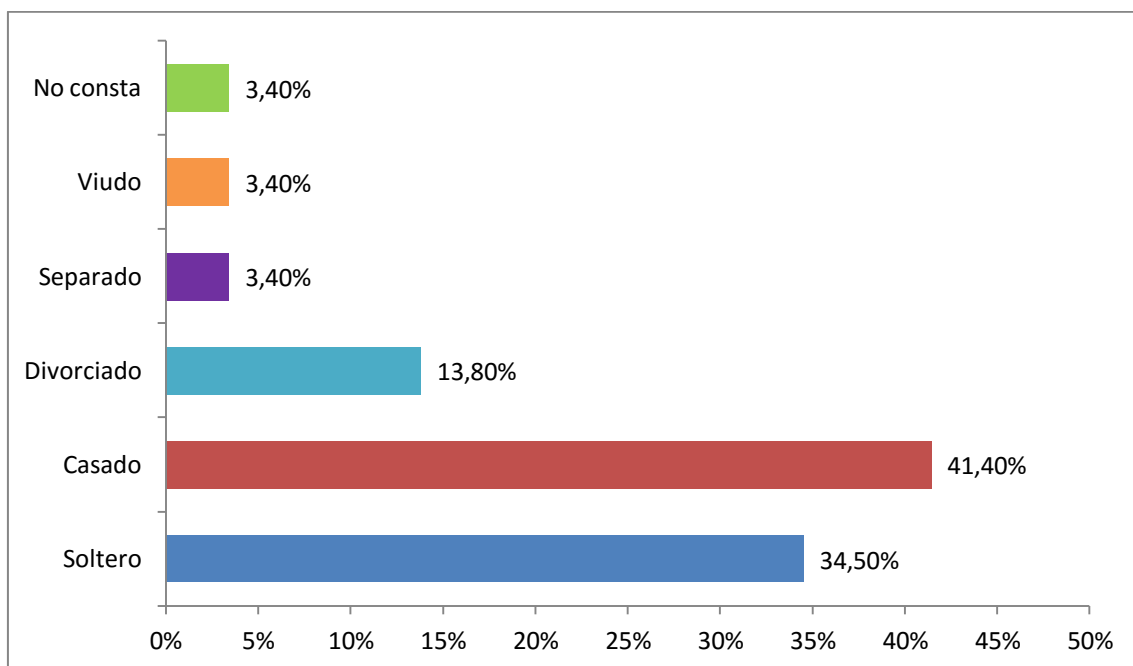
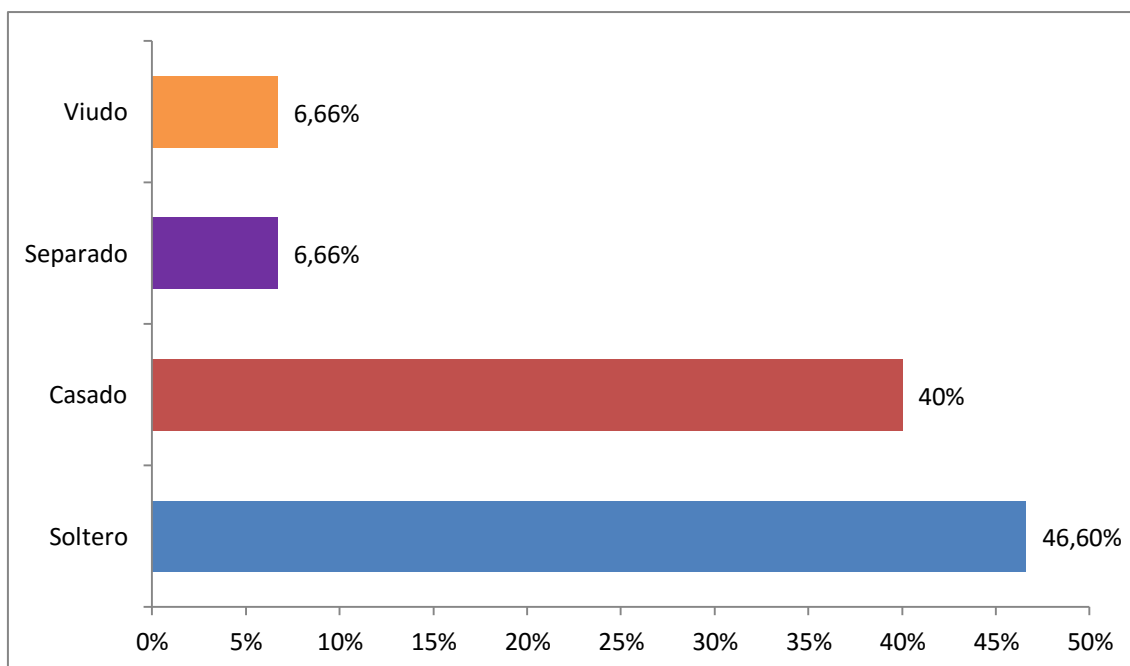


Gráfico 18. Estado civil, año 2014.



- **Tipo de relación laboral:** En 2013 casi la mitad de los atendidos tenían un contrato fijo (44,8%), frente a un 30% de contratos temporales (incluyendo un médico interno residente). Dos médicos estaban jubilados, uno por edad y otro por enfermedad. Esto es un dato a señalar, puesto que inicialmente el PAIME está orientado a médicos en ejercicio activo de la profesión. Casi la mitad de los atendidos en 2014 tenían un contrato fijo (46%). Destaca el aumento proporcional de médicos residentes, pasando de 1 a 4 médicos, y suponiendo el segundo grupo más numeroso.

Gráfico 19. Tipo de contrato, año 2013

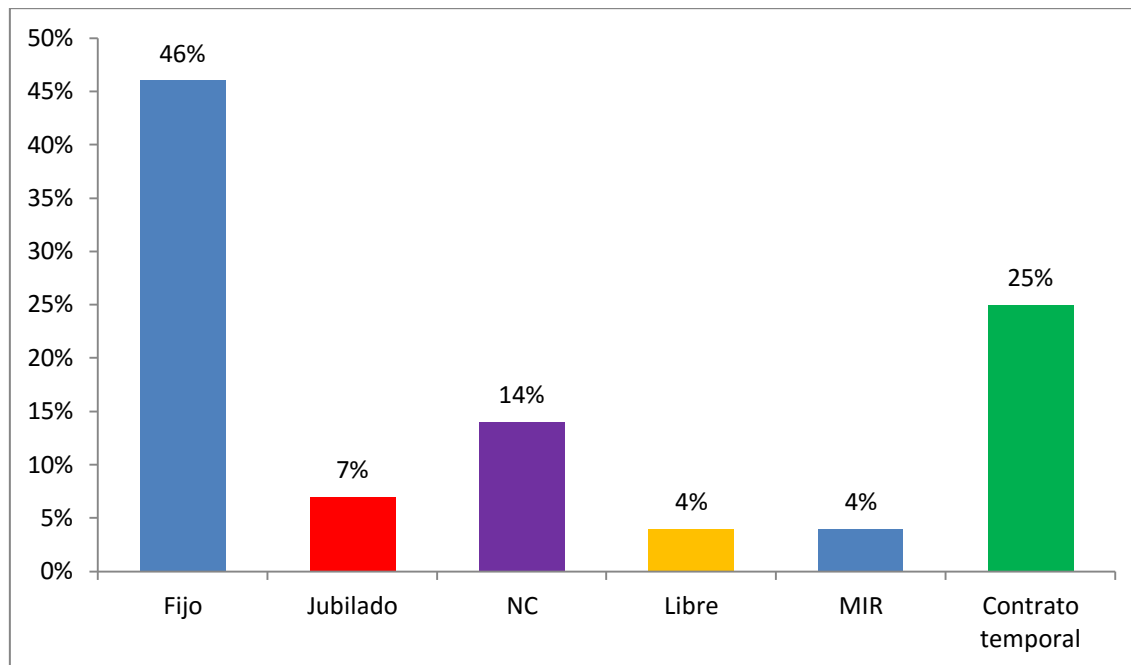
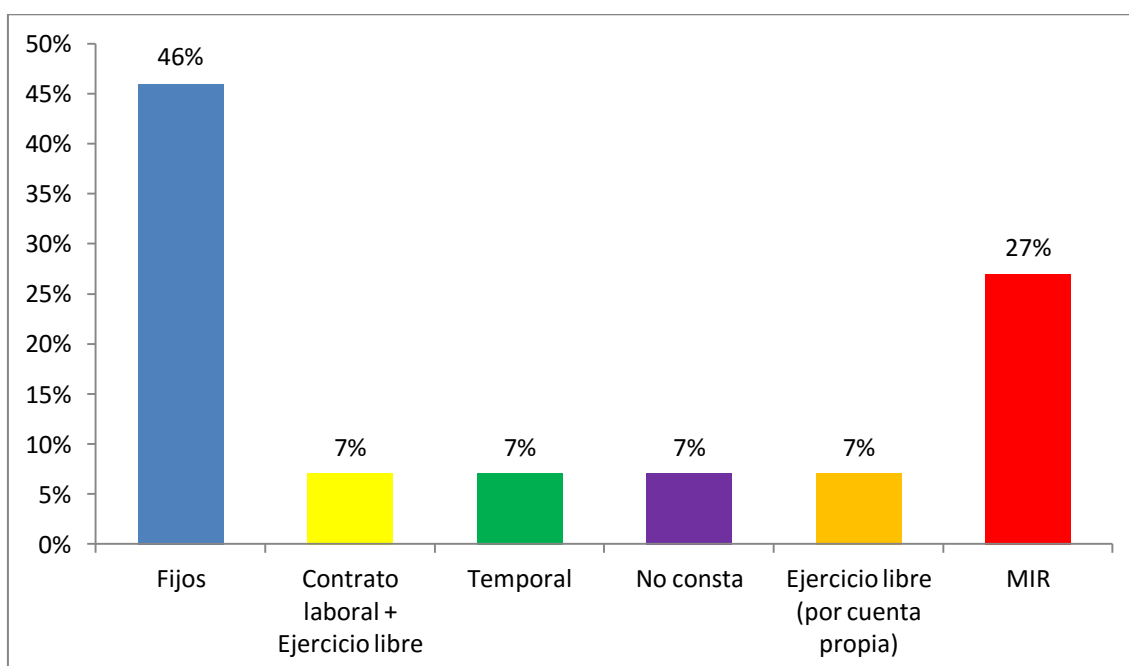


Gráfico 20. Tipo de contrato, año 2014



- **Lugar de Trabajo y Especialidad:** 19 de los pacientes atendidos en 2013 trabajaban en la sanidad pública, 12 en centros de salud y 7 en hospitales. 6 ejercían en el ámbito privado, y 2 de ellos compaginaban la práctica privada con el trabajo en un hospital público. 18 eran médicos de familia, 10 tenían una especialidad distinta a la Medicina de Familia y 1 era MIR. En el año 2014 las proporciones son bastante similares. 8 médicos ejercían en centros de salud, 7 en hospitales, 2 en consulta privada y uno en otro lugar. El hecho de que aparezca un mayor número de lugares de ejercicio (18) que facultativos (15), indica que algunos de ellos ejercían simultáneamente en dos lugares. 8 eran médicos de familia, 3 anestelistas, 1 médico de urgencias y en otros 3 casos constaba como otra la especialidad.

La principal diferencia es que en 2014 se introduce la especialidad concreta, sin distinguir entre médicos residentes o facultativos especialistas.

Gráfico 21. Lugar de trabajo, año 2013

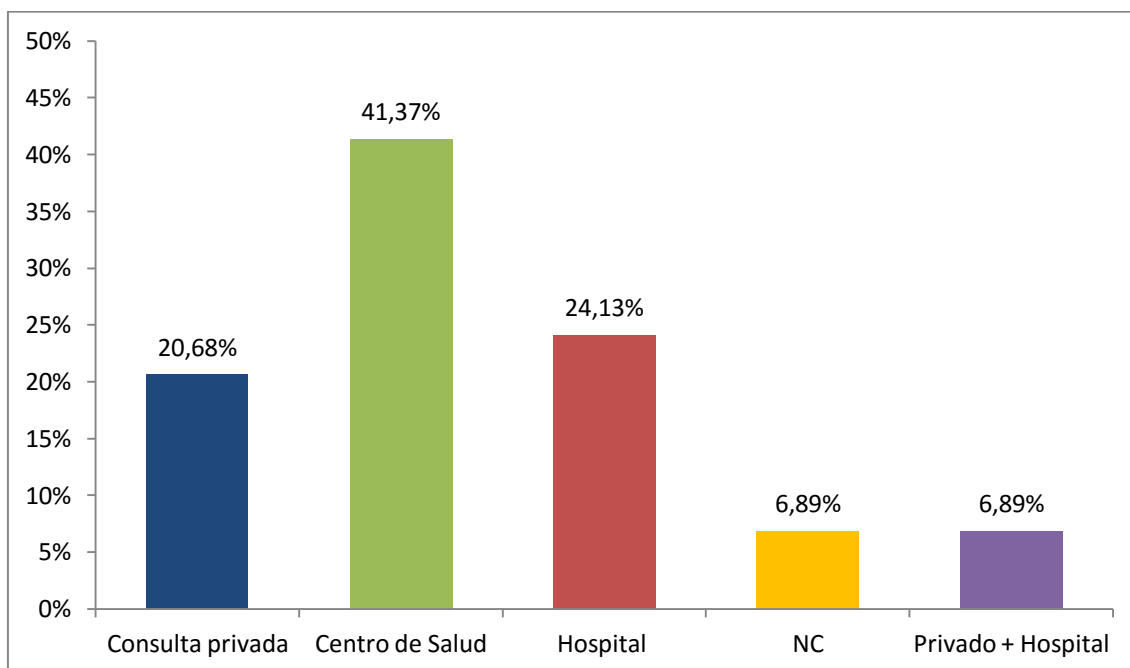


Gráfico 22. Lugar de trabajo, año 2014

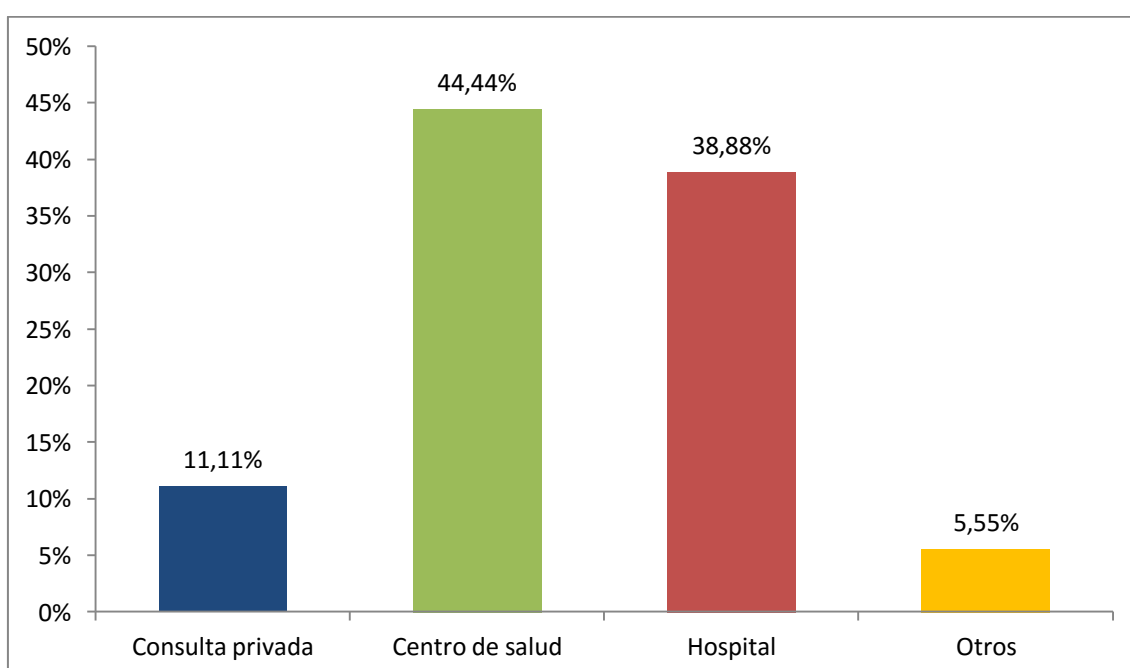


Gráfico 23. Especialidades atendidas, año 2013

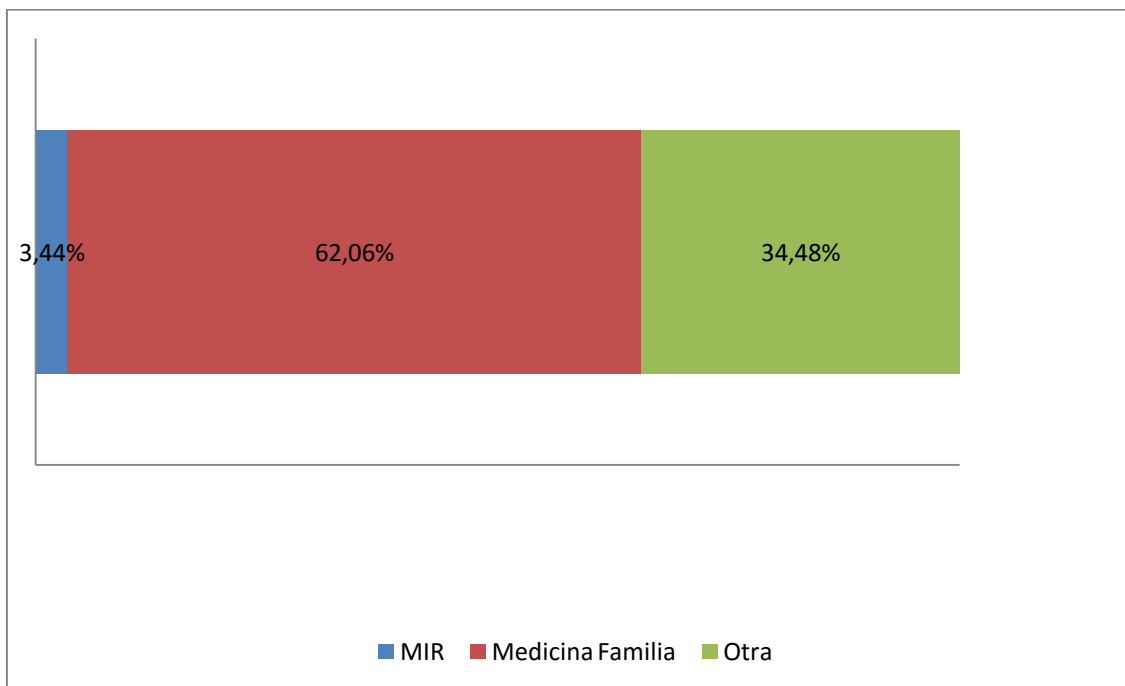
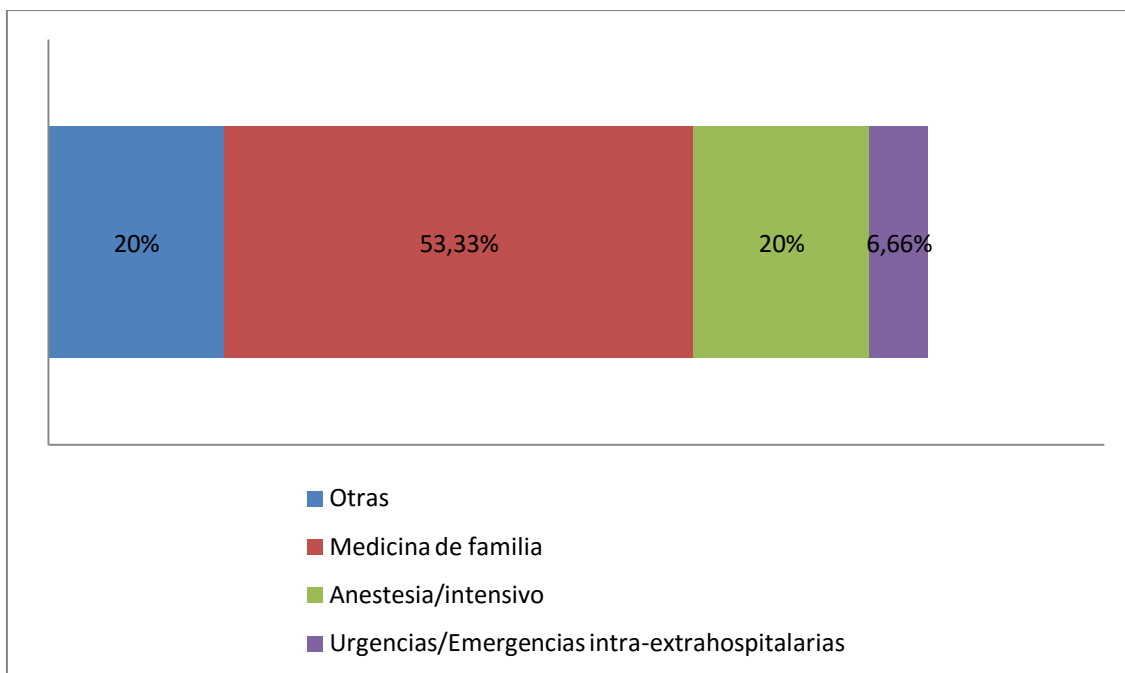


Gráfico 24. Especialidades atendidas, año 2014



- **Tratamiento y diagnósticos previos:** En el año 2013, 20 de los pacientes habían sido tratados previamente. De estos, 6 de ellos fueron tratados por compañeros de trabajo, 4 en dispositivos de drogadicciones, 4 en consultas privadas, 2 en Atención Primaria. Uno de ellos recibió atención conjunta en Atención Primaria y en una consulta privada, otra atención por compañeros y en consulta privada, y uno de los pacientes había sido atendido en el PAIME de otra ciudad. En un paciente no constaba el lugar de tratamiento previo, aunque afirmaba haber tenido atención psiquiátrica previa.

Los pacientes con diagnósticos psiquiátricos previos al inicio del tratamiento en 2013 fueron 20 (coincidiendo con aquellos que habían sido previamente tratados). El diagnóstico más encontrado fue el Trastorno afectivo (8 casos). Le siguen en frecuencia el Abuso/dependencia de alcohol (5 casos), el Abuso/dependencia de drogas y los Trastornos de personalidad (2 en cada caso). 1 paciente tenía diagnóstico conjunto de Trastorno afectivo y Trastorno de personalidad. Un paciente tenía diagnóstico anterior de Abuso/dependencia de alcohol y Trastorno de personalidad conjuntos, y otro de Trastorno afectivo y Abuso/dependencia del alcohol.

Según los datos recogidos, en 2014 fueron tratados previamente 15 pacientes, lo que supone la totalidad de los pacientes vistos en el programa ese año. Es muy posible que la codificación “no consta” (en la que se incluyen 6 pacientes) corresponda en realidad a pacientes no tratados previamente, por lo que el número real de pacientes que habrían recibido tratamiento previo sería de 9 pacientes, y no de 15.

3 fueron tratados por compañeros, 2 recurrieron a la automedicación, 2 tratados en Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) y consultas privadas conjuntamente. 1 fue tratado en dispositivo de tratamiento de adicciones y recurrió a la automedicación y otro en USMC.

Respecto a los diagnósticos, 5 pacientes tenían un diagnóstico previo. Uno de ellos de Trastorno de personalidad, 1 de Abuso/dependencia de alcohol + Abuso y dependencia de drogas + Trastorno de personalidad + Trastorno afectivo, 1 de Abuso/dependencia de alcohol + Abuso y dependencia de drogas, 1 de Trastorno mental grave, y 1 de Trastorno afectivo.

Gráfico 25. Lugar de tratamiento previo, año 2013 (sobre 20 pacientes).

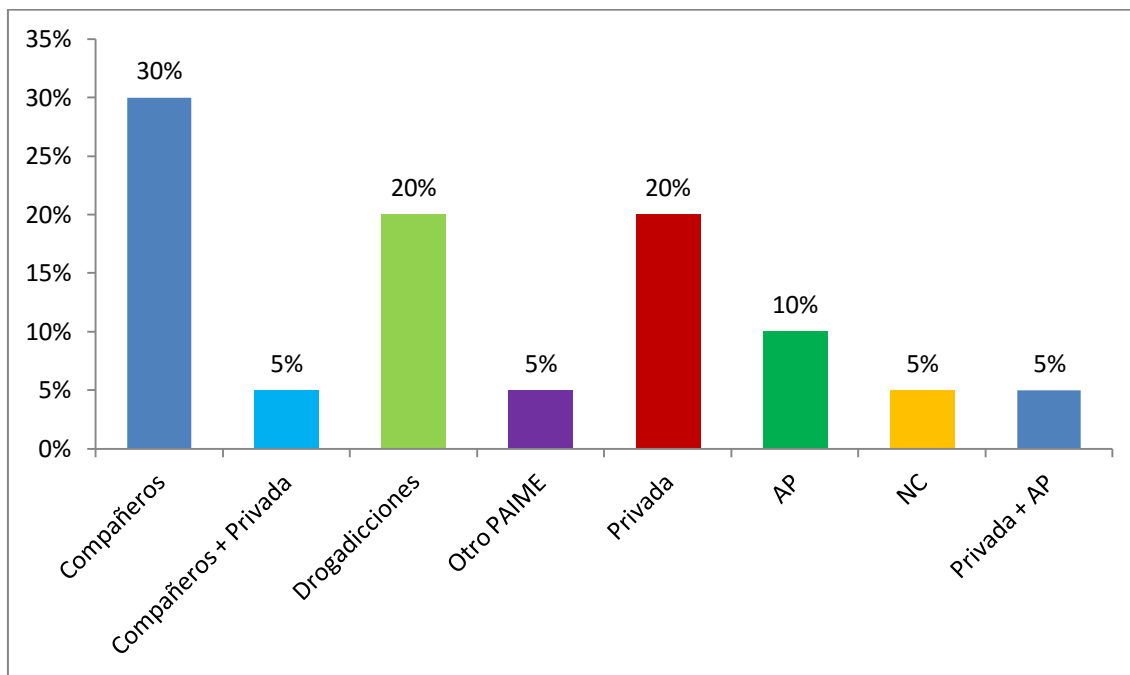


Gráfico 26. Antecedentes, año 2013 (sobre 20 pacientes).

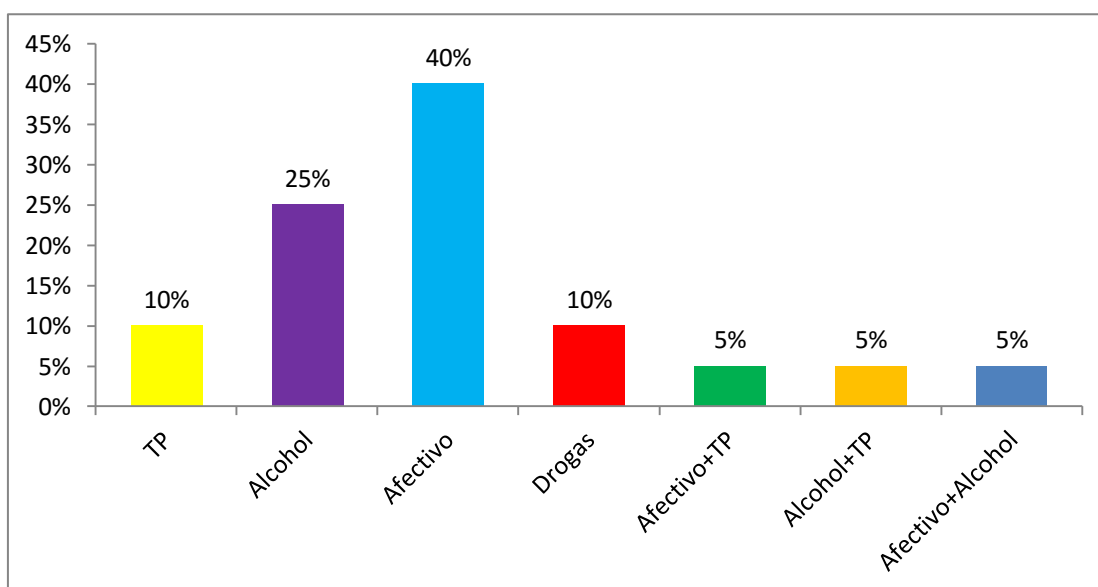


Gráfico 27. Lugar de tratamiento previo, año 2014 (sobre el total de pacientes)

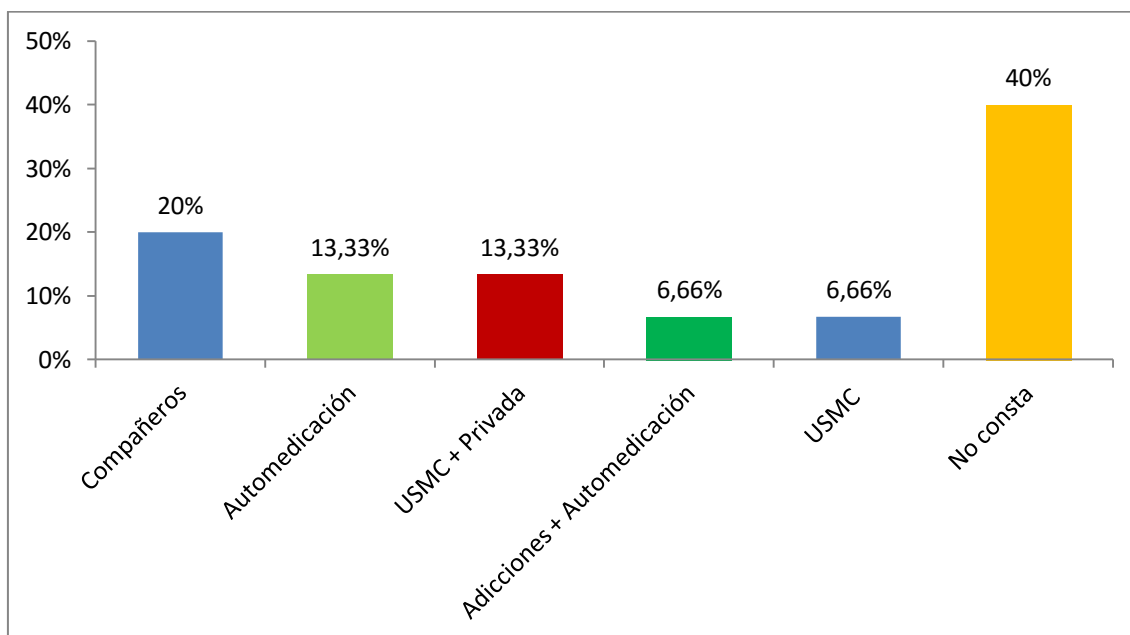
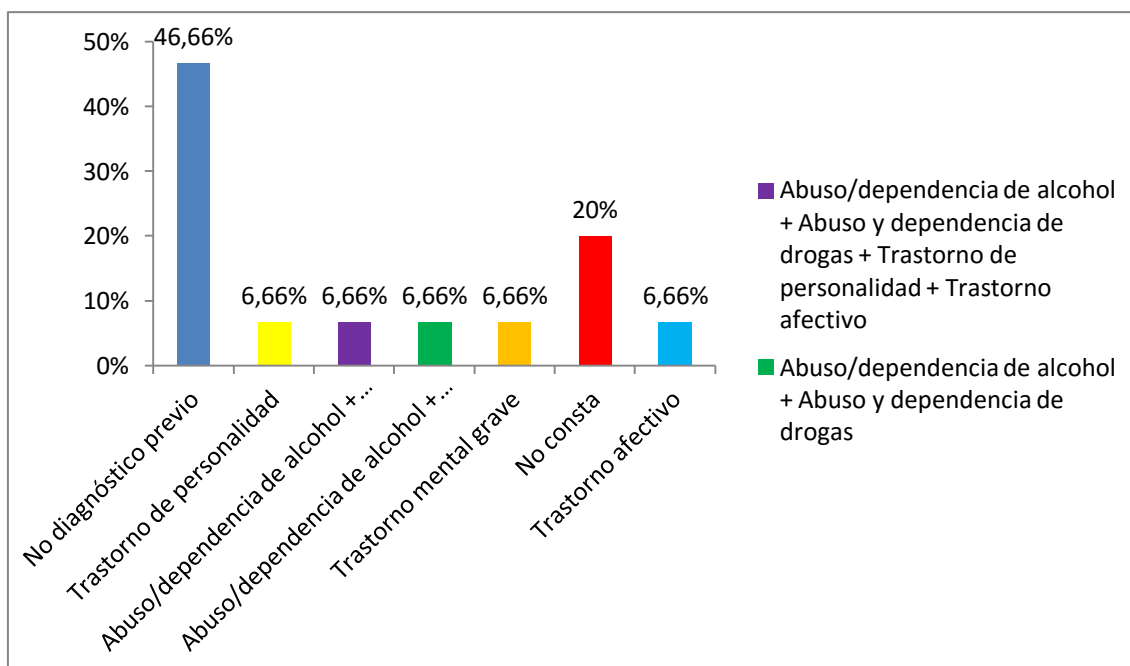


Gráfico 28. Antecedentes, año 2014 (sobre el total de pacientes).



Ingresos: De los 29 pacientes atendidos, ingresaron 2 en el PAIME, suponiendo un 6´8% de los pacientes atendidos. En 2014 hubo un ingreso, lo que supone un 6´6% (prácticamente sin cambios respecto al año anterior).

Diagnósticos tras ser atendidos en PAIME: El diagnóstico más frecuente en el año 2013 fue el Abuso/dependencia de alcohol (27,58%), seguido del Trastorno afectivo (20,68%). El resto de diagnósticos figuran en el Gráfico 29 (el acrónimo “TP” equivale a Trastorno de personalidad, mientras que “BZD”, a benzodiacepinas). A destacar que un paciente presentaba demencia, diagnóstico no recogido en las estadísticas del PAIME a nivel nacional.

En 2014, el Trastorno adaptativo y el Abuso/dependencia de alcohol fueron los diagnósticos más frecuentes, presentándose ambos en 3 pacientes (lo que supone un 20% del total de pacientes atendidos en este año, que fueron 15). En tercer lugar de frecuencia se encuentran otros diagnósticos.

Gráfico 29. Diagnósticos tras tratamiento, año 2013.

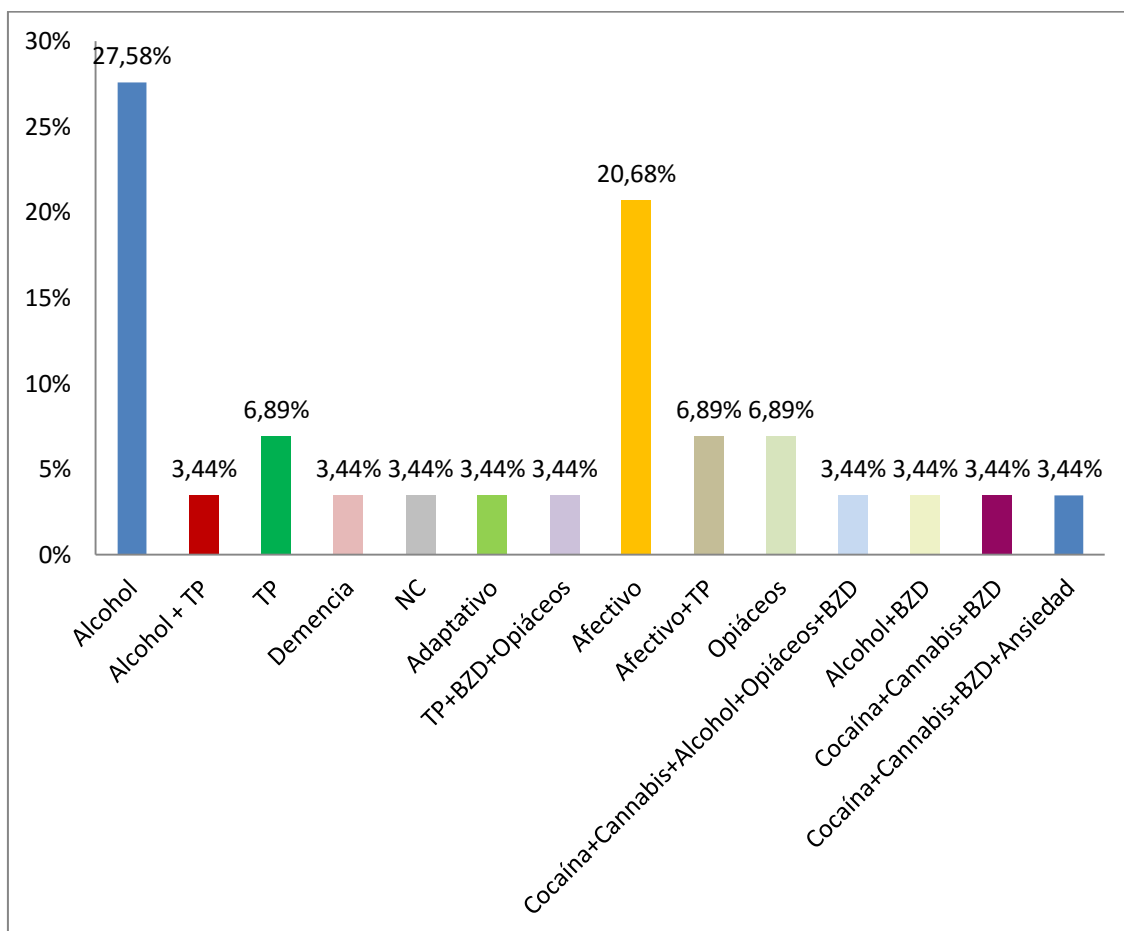
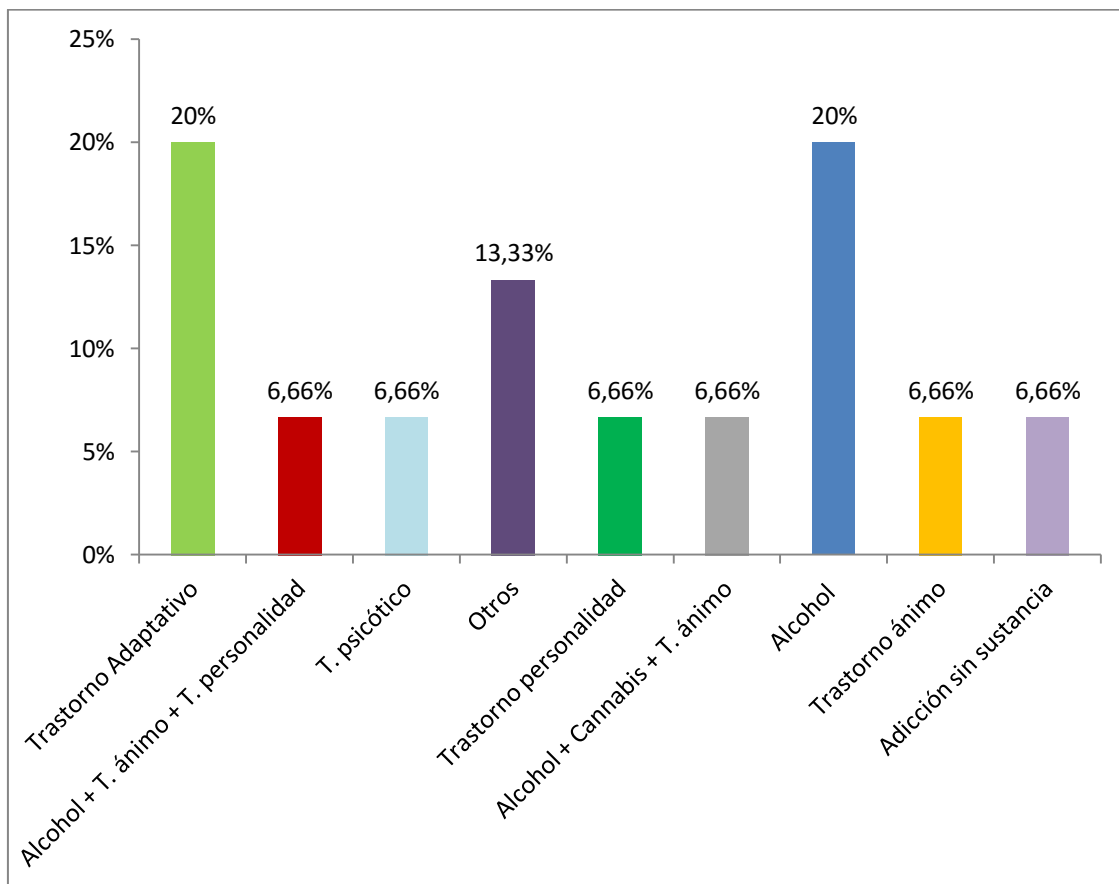


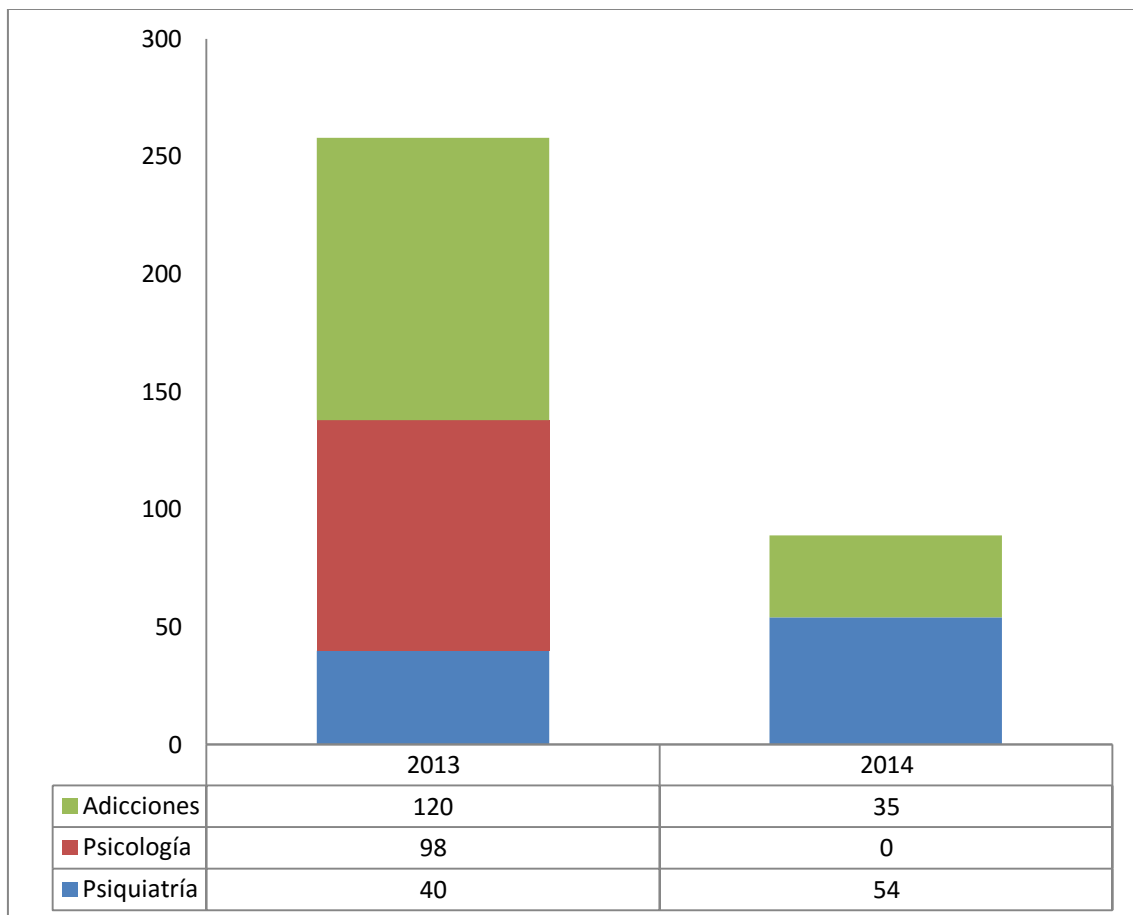
Gráfico 30. Diagnósticos tras tratamiento, año 2014.



Número de consultas: En 2013 se realizaron 40 consultas de Psiquiatría, 120 consultas de Adicciones y 98 consultas de psicología. Destaca que dos pacientes acumulan 73 de las consultas de Psicología. En 2014 se contabilizaron 54 consultas de Psiquiatría y 35 de Adicciones.

En el año 2014, se realizaron 54 consultas de psiquiatría y 35 de adicciones, no contabilizándose en el registro ninguna consulta de psicología. Este hecho (el no haberse registrado consultas de psicología) puede explicarse porque en el año 2014 el Programa PAIME pasaron a realizarse directamente en la sede el Colegio de Médicos, mientras que anteriormente era un servicio externo al mismo.

Gráfico 31. Número de consultas realizadas, años 2013 y 2014.



3. LA SALUD MENTAL DE LOS MÉDICOS DE MÁLAGA: ESTUDIO PILOTO TRANSVERSAL DE BASE POBLACIONAL.

Mi experiencia como miembro del equipo PAIME COMMALAGA (cuyos datos se han resumido en el apartado 2.2 del capítulo anterior), contrasta con la que poseo como psiquiatra en el ámbito clínico general, y que me ha permitido detectar una cierta disociación entre ambos ámbitos de actuación. Es posible que el programa PAIME, con su actual configuración, no responda totalmente a las necesidades reales de los médicos, y plantea nuestra pregunta de investigación: ¿Cómo es la salud mental y el bienestar profesional de los médicos malagueños? (ámbito de responsabilidad del COMMALAGA, dada la universalización de la colegiación en el caso de la profesión médica).

Esta pregunta estructura nuestra investigación en base a los siguientes OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la salud mental y el bienestar profesional de los médicos malagueños, así como sus posibles interrelaciones.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Evaluar la incidencia de las agresiones recibidas en el ejercicio de la profesión médica.
- Evaluar el grado de burnout concomitante al ejercicio profesional.
- Evaluar el estado general de salud de los médicos.
- Establecer posibles las asociaciones entre esos tres elementos (Agresiones, Burnout y Estado General de Salud).

Para poder responder a nuestra propuesta hemos propiciado el desarrollo de un estudio transversal de base poblacional (los médicos de Málaga) que nos permita adquirir una visión general del problema.

Este es un trabajo preliminar que nos permitirá muestrear con posterioridad las poblaciones diana que se detecten. La finalidad, a largo plazo (y no en este estadio), es desarrollar más extensamente el Programa de Investigación PAIME COMMALAGA mediante estudios de cohorte de carácter longitudinal.

Describimos a continuación el instrumento de medida (apartado 3.3) y su aplicación a la muestra de la población de estudio (apartado 3.4)

3.3. ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE SALUD DE LOS MÉDICOS EN MÁLAGA.

El primer paso fue el desarrollo de un cuestionario que permitiera poder tener una visión general del problema a estudiar.

Partiendo de la hipótesis (ya señalada anteriormente) de que existe una estrecha relación entre la salud mental, la satisfacción laboral y las agresiones sufridas por el personal médico, se consideró importante que estos tres factores estuvieran recogidos en el cuestionario. Tras consultar la literatura publicada sobre estos temas, se elaboró una encuesta con 4 partes diferenciadas:

3.3.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES:

- Lugar de ejercicio profesional: Médico de Atención Primaria (AP), Urgencias, Especialidad Hospitalaria, Especialidad Extrahospitalaria.
- Género: Hombre o Mujer.
- Años de ejercicio profesional.
- Ejercicio en Medicina pública o privada.
- Tipo de contrato.

3.3.2. CUESTIONARIO DE AGRESIONES DEL OBSERVATORIO

ANDALUZ DE AGRESIONES: según la traducción realizada de la encuesta de la BMA⁷⁶, ya descrita en el capítulo 1. Se seleccionaron algunos ítems de la misma para nuestro estudio (Ver Anexo 3).

3.3.3. CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD: en su versión de 12 ítems, según está recogida en la Encuesta Nacional de Salud de España del año 2011⁹² (Ver Anexo 4).

3.3.4. CUESTIONARIO DE BURNOUT: en la versión original de 22 ítems orientada a profesionales de la salud (MBI-HSS), según traducción de Seisdedos⁵³ y ya vista en el Capítulo 1 (Ver Anexo 5).

Encuesta Nacional de Salud de España.

Desde 1987, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad viene realizando periódicamente la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Durante las cinco entregas del período 1987-2001 el organismo encargado de realizar el trabajo de campo fue el Centro de Investigaciones Sociológicas; desde la entrega de 2003 el encargado es el Instituto Nacional de Estadística (INE). Tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud.

La última encuesta realizada fue la correspondiente al periodo 2011-2012⁹², siendo los datos presentados en ella correspondientes a 26.502 entrevistas realizadas entre julio de 2011 y junio de 2012. La ENSE 2011-2012 se ha realizado conjuntamente entre Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el INE, y tiene como

objetivo general proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. La muestra se distribuye entre comunidades autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la comunidad, de manera que, además de ser representativa a nivel nacional, también lo es a nivel autonómico.

La ENSE consta de cuatro grandes bloques:

- *Bloque sociodemográfico:* entre otras variables se codifica la clase social, obtenida según la clasificación propuesta en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Según esta codificación, los médicos estarían incluidos dentro de la Clase I (Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias).
- *Bloque sobre estado de salud:* valora entre otros el estado de salud general, accidentes, calidad de vida infantil y de personas adultas, y salud mental infantil y de personas adultas (mediante el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 12 ítems- GHQ-12).
- *Asistencia sanitaria:* valora la realización de diversas pruebas diagnósticas en la población.
- *Determinantes de la salud:* definidos como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos.

Descripción del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12).

El Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ) fue desarrollado por Goldberg en 1972 con la intención de crear un instrumento de cribado de problemas afectivos, teniendo por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general. Es una escala autoadministrada, lo que facilita su uso y ha contribuido a su popularización, siendo uno de los instrumentos de cribado más utilizados en todo el mundo⁹³. Existen versiones de 60, 30, 28, 20 y 12 ítems, validadas en múltiples idiomas, incluido el español⁹⁴. Las preguntas se refieren a síntomas o tipo de conducta reciente y a cambios respecto a un período anterior.

La versión de 12 ítems ha sido ampliamente utilizada en estudios a nivel mundial⁹⁵. Existen dos formas de puntuar la escala. Se puede utilizar un sistema Likert de 4 puntos, asignando puntuaciones de 0 a 3 a cada uno de los ítems. En este caso, la probabilidad de padecer un trastorno mental iría ligada a la puntuación obtenida. Otro método es el denominado “método GHQ”, en el cual las dos primeras respuestas de cada ítem corresponden a una puntuación de 0, y las dos siguientes corresponden a una puntuación de 1, transformándose la probabilidad en una variable dicotómica (presencia sí o no) en función de la puntuación obtenida (menor a 3, NO presencia de trastorno mental, mayor o igual a 3, SI presencia de trastorno mental). En el estudio de validación del GHQ-12 los autores describen que la puntuación GHQ presenta los mejores resultados, siendo la peor opción el método Likert⁹⁶.

La escala tiene una validez comprobada en reiterados estudios, con propiedades psicométricas comparables a otras escalas breves como el Symptom Checklist-10 (SCL-10), el Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening questionnaire and interview⁹⁷, la versión de 5 ítems (MHI-5) del Cuestionario SF-36⁹⁸, o el Symptom Check List (SCL-90-R)⁹⁹. También se ha comprobado su validez al compararla con la versión de 28 ítems⁹⁶.

En España el GHQ-12 se ha utilizado en trabajos realizados sobre poblaciones amplias, como son la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid de 2005 (ESCM'05)¹⁰⁰, la Encuesta de Salud de Cataluña 2006¹⁰¹, o la Encuesta de Salud de Canarias 2009¹⁰². El punto de corte para sospechar la presencia de una patología mental varía según los estudios. En la Encuesta Nacional de Salud, se estableció como una puntuación igual o mayor a 3 según el método GHQ, punto establecido también en las Encuestas de Canarias, Cataluña y Madrid.

Como dato relevante, en la Encuesta Andaluza de Salud no se utiliza el GHQ-12, sino el SF-12 (The Short Form-12 Health Survey). Este cuestionario es, a su vez, la versión de 12 ítems del Short Form-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a la población general. La primera publicación de la versión española del cuestionario se realizó en 1995¹⁰³, habiéndose utilizado esta versión en un número amplio de estudios¹⁰⁴. La versión de 12 ítems también ha sido validada en España¹⁰⁵, si bien su uso en estudios es mucho menos amplio que el del GHQ-12. Además el SF-12 evalúa los componentes físico y mental, mientras que el GHQ-12 es específico para la detección de problemas de salud mental. Las razones por las que en la Encuesta

Andaluza de Salud se utiliza el SF-12 en lugar del GHQ-12, que sería lo razonable para poder realizar comparaciones con la población española, no están especificadas en la metodología de la misma.

El estudio en el que se basa el Ministerio de Sanidad para el uso del GHQ-12 en la Encuesta Nacional de Salud se publicó en 2008¹⁰⁶. En él se analizó la consistencia interna y la validez externa e interna del GHQ-12 en la población española, usando para ello una muestra estratificada de 1001 sujetos activos laboralmente entre los 25 y 65 años de edad. El test mostró adecuada validez en la población española. En nuestro país se han realizado estudios que analizan las propiedades psicométricas del GHQ-12 como instrumento de cribado, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006, y concluyendo que el GHQ-12 puede ser utilizado como un instrumento unidimensional de cribado¹⁰⁷. La validez de la escala en español se ha confirmado en otros estudios sobre poblaciones específicas, como mujeres puérperas¹⁰⁸ o personas en edad media de la vida¹⁰⁹.

Refiriéndonos a la población médica, el GHQ-12 se ha utilizado en distintos trabajos a nivel internacional. En 1998 se publicó un estudio realizado en la ciudad inglesa de Leeds, con el objetivo de determinar la presencia de síntomas psicológicos, satisfacción laboral y estado de salud o enfermedad subjetivo, sobre una población de médicos de Atención Primaria. La encuesta se realizó mediante el envío postal de un cuestionario. Un 52% tuvieron puntuaciones iguales o mayores a 3 en el GHQ-12¹¹⁰. En 1999 en Nueva Zelanda se llevó a cabo una encuesta mediante envío de cuestionarios a médicos generales. De los que respondieron a la encuesta correctamente, el 31,4% dieron puntuaciones por encima del punto de corte (3 puntos). Poco después se envió la

misma encuesta a facultativos de especialidades médicas y cirujanos del país. En este caso el punto de corte para señalar la presencia de patología mental fue de 4 o más puntos, con resultados muy similares a los de la población de médicos generales neozelandeses^{111,112}.

El GHQ-12 también ha sido utilizado para valorar la salud mental de facultativos especializados, como son médicos de Unidades de Cuidados intensivos¹¹³, médicos a cargo de pacientes con infección por VIH¹¹⁴ o psiquiatras de varias áreas de Salud Mental londineses⁵⁶. En nuestro medio más cercano, ya se ha mencionado el trabajo realizado sobre una muestra de residentes de Málaga y Córdoba.

El uso del GHQ-12 en nuestro cuestionario queda por tanto justificado, en tanto que:

- Es un instrumento de cribado de fácil aplicación, al ser autoadministrado y con una longitud corta (12 ítems frente a otras escalas de 28, 36 o 60 ítems).
- Es la escala de uso en la Encuesta Nacional de Salud Española, pudiendo establecerse por tanto una comparativa entre la población española y la población a estudiar (todos los médicos colegiados de Málaga).
- Su versión española ha sido validada y ampliamente utilizada en estudios internacionales y nacionales.
- A la hora de medir la salud de los facultativos, el GHQ-12 también ha demostrado su utilidad y validez.

Al desarrollar la encuesta, el principal requisito que se tuvo en cuenta fue que la misma fuera autoadministrada. Esto influyó a la hora de elegir los cuestionarios, puesto que obviamente también tenían que cumplir la característica de no precisar un entrevistador. El motivo para la elección de este tipo de cuestionarios fue que la plataforma que se iba a utilizar era la página web del COMMálaga.

Las encuestas por Internet, consideradas una derivación de las tradicionales encuestas por correo, han tenido un gran auge en los últimos años. La principal ventaja es la posibilidad de acceder a un amplio número de personas con bajo coste y gran rapidez. Una de las críticas es que requieren del acceso a la red, suponiendo una limitación en la interpretación de resultados, puesto que sólo será respondida por aquellas personas que dispongan de una conexión a Internet. Otra limitación es la derivada de la selección de la muestra, dado el elevado coste que conlleva la elaboración de un muestreo probabilístico. Y por último, el factor limitante más importante es la baja tasa de respuesta a estos cuestionarios, que varía notablemente según los estudios consultados y que se atribuye a varias razones: el interés por el tema tratado, los patrones de uso de Internet o la longitud de la encuesta^{115,116}.

La herramienta utilizada para el desarrollo de la encuesta fue Lime-Survey, que es un software que permite crear rápidamente encuestas online. El diseño de la misma fue obra del Dr. Francisco Cañestro, director del Área de Nuevas Tecnologías del Colegio. Tras acordar el formato de la encuesta, el siguiente paso fue la aprobación de la misma por la Comisión Deontológica del COMMálaga. Esta iniciativa estuvo posibilitada por el convenio OTRI firmado entre la Universidad de Málaga (Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina) y el Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

A priori, la población de estudio es la totalidad de médicos colegiados de la provincia de Málaga. Como medio de contacto con estos facultativos se decidió utilizar los correos electrónicos de los que se tenía registro en la base del COMMálaga a fecha de septiembre de 2014.

Aquí se observa un primer sesgo. Sólo se incluyen aquellos colegiados que, a priori, disponen de una dirección de correo electrónico registrada. Los colegiados que no disponen de correo electrónico quedan por tanto excluidos del estudio.

En septiembre de 2014 existían 5.856 correos electrónicos validados por la base de datos del Colegio, esto es, la dirección que facilitó el facultativo cuando se realizó la inscripción como colegiado. En esa misma fecha había 7.242 médicos colegiados, por lo que el resto (1.386) no disponen de correo electrónico registrado. Un dato a destacar es que la Organización Médica Colegial (OMC) tiene que validar los correos electrónicos facilitados por los usuarios, así que los miembros de reciente colegiación tampoco formaron parte del clúster de correos registrados (al no haber sido validados por la OMC).

Las invitaciones para realizar la encuesta se enviaron a la totalidad de direcciones de correo validadas, en el periodo comprendido entre las fechas señaladas a continuación, constituyendo este periodo el periodo de reclutamiento:

- Todos los días comprendidos entre el 7 de octubre y el 7 de noviembre de 2014 (ambos incluidos).
- 17, 18 y 19 de noviembre de 2014.

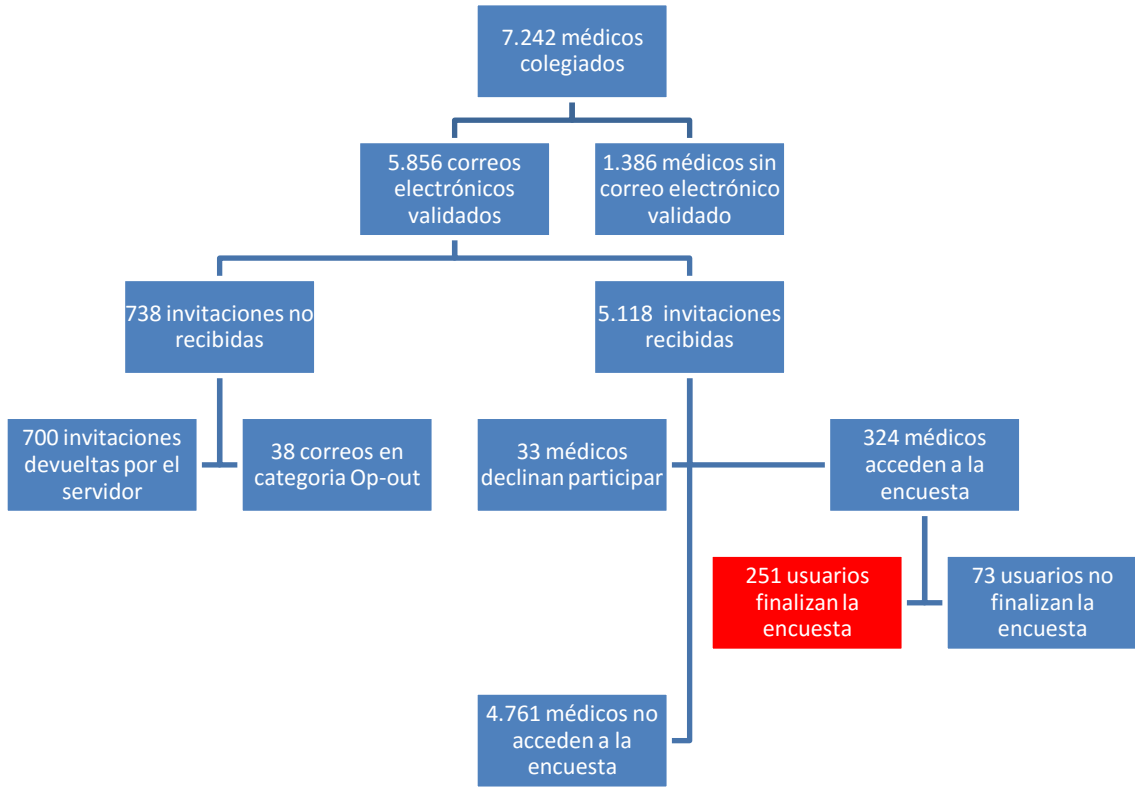
- 2 y 7 de diciembre de 2014.
- 8 y 20 de enero de 2015.
- 6 de febrero de 2015.

De las 5.856 invitaciones enviadas (correspondientes a las direcciones de correo electrónico validadas), 738 de ellas no fueron recibidas y se tuvo notificación del incidente:

- 700 de estas 738 invitaciones fueron devueltas, no llegando nunca al servidor de correo electrónico. Aunque no es posible tener certeza de las razones por las que no llegaron al servidor, las causas más frecuentes pueden ser: un error en la transcripción de la dirección de correo cuando se registró, que la cuenta esté inactiva, o que el servidor considere que es “correo basura” o spam. El envío masivo de correos electrónicos con el mismo contenido es considerado spam por muchos servidores. Aquí puede señalarse por tanto otro sesgo, ya que la variabilidad entre servidores a la hora de considerar qué es correo basura y qué no lo es modifica la población a la que le llega el correo. Para evitar esto, el envío del cuestionario se realizó por fases, siendo elegidos 100 correos electrónicos en cada envío, usando para ello una herramienta de programación.
- 38 invitaciones no fueron recibidas, notificándose que el correo electrónico enviado correspondía a la categoría “OpOut”, que es un término en inglés que hace referencia a distintos medios por los cuales un usuario puede evitar recibir información por correo no solicitada previamente. Por tanto, estos 38 médicos colegiados tampoco recibieron el correo electrónico de invitación a la encuesta.

La invitación fue recibida por un total de 5.118 usuarios. Al cuestionario propiamente dicho acceden voluntariamente 357 usuarios. 33 de estos declinan participar y 324 responden a la misma. 251 usuarios realizan la encuesta completa, siendo un 4,9% de tasa de respuesta. Aunque el porcentaje de respuesta pueda parecer bajo, cabe señalar que el boletín mensual de formación de este Colegio se envía a todos los correos electrónicos registrados. Al analizar el porcentaje de médicos que consultan alguna de las noticias enviadas, se ha determinado que es de un 3,7%. Por lo tanto, la tasa de respuesta obtenida es la esperable para nuestra población.

Diagrama 2. Etapas del envío del cuestionario.



4. RESULTADOS.

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.

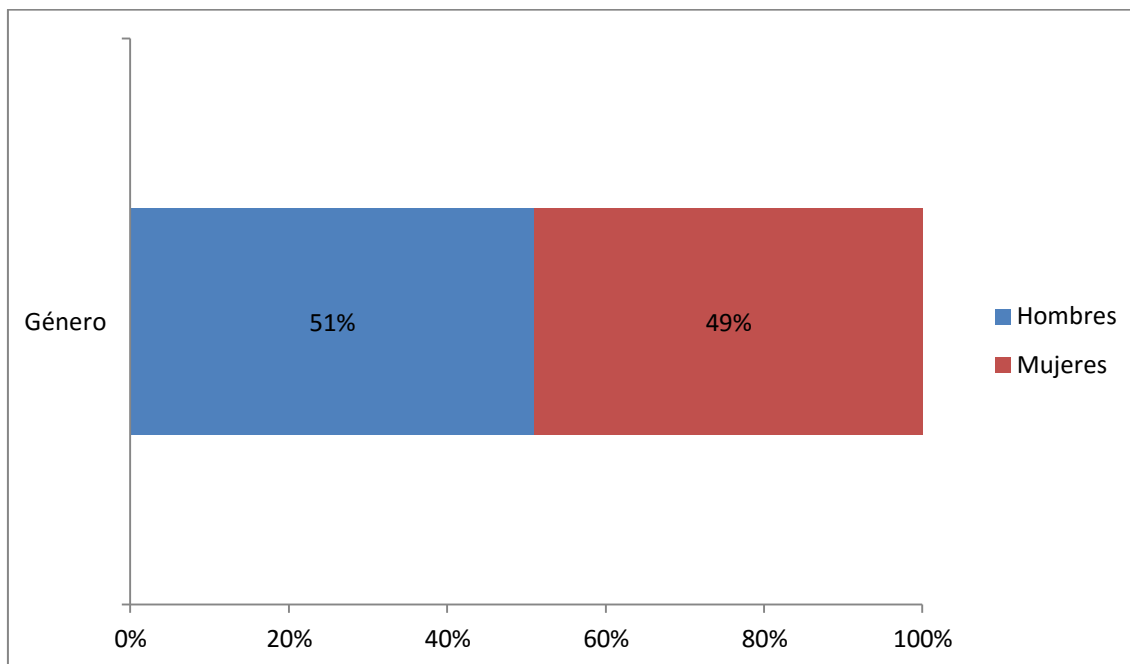
4.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

El porcentaje de hombres y mujeres que respondieron a la encuesta es prácticamente similar (51% hombres, 49% mujeres). Al realizar un análisis por género del número de respuestas en función del número de médicos colegiados en la provincia de Málaga en el momento del envío del cuestionario (4.166 hombres y 3.293 mujeres⁴¹), la tasa de respuesta es muy similar en ambos géneros (3,07% en el caso de los hombres y 3,73% en el caso de las mujeres).

Tabla 3. Distribución según género.

	Frecuencia absoluta	Porcentaje absoluto	Porcentaje relativo
Hombre	128	51,0	$128/4.166 = 3,07\%$
Mujer	123	49,0	$123/3.293 = 3,73\%$
Total	251	100,0	

Gráfico 32. Distribución según género.



El mayor porcentaje de médicos que respondieron a la encuesta ejercían la medicina hospitalaria (46,2%), seguidos de los médicos de Atención Primaria, especialidades extrahospitalarias y por último urgencias. Más de $\frac{3}{4}$ partes trabajan en la sanidad pública (77,3%). El mayor porcentaje de respuestas fueron dadas por médicos estatutarios (33,5%), seguido de indefinidos (17,5%) y funcionarios (9,6%). Es decir, más de la mitad de los facultativos que respondieron a la encuesta tenían contrato indefinido.

Tabla 4. Lugar de ejercicio de la Medicina.

	Frecuencia	Porcentaje
Médico AP	68	27,1
Urgencias	21	8,4
Especialidad Hospitalaria	116	46,2
Especialidad Extrahospitalaria	46	18,3
Total	251	100,0

Gráfico 33. Lugar de ejercicio de la Medicina.

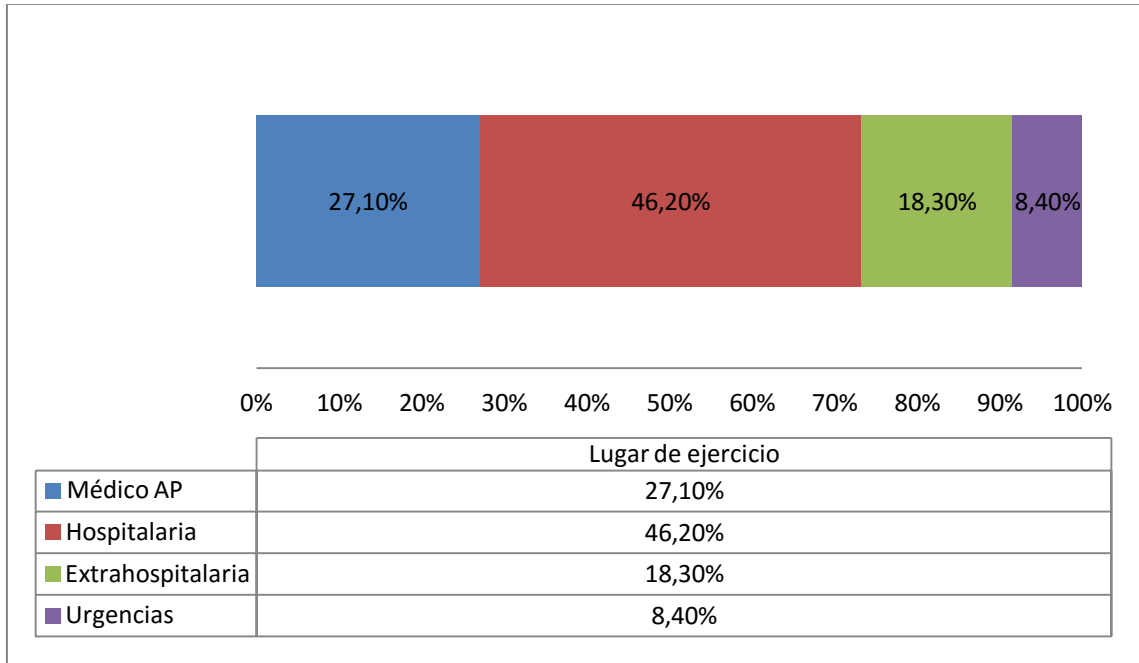


Tabla 5. ¿Trabajas en la Sanidad Pública o Privada?

	Frecuencia	Porcentaje
Pública	194	77,3
Privada	57	22,7
Total	251	100,0

Gráfico 34. ¿Trabajas en la Sanidad Pública o Privada?.

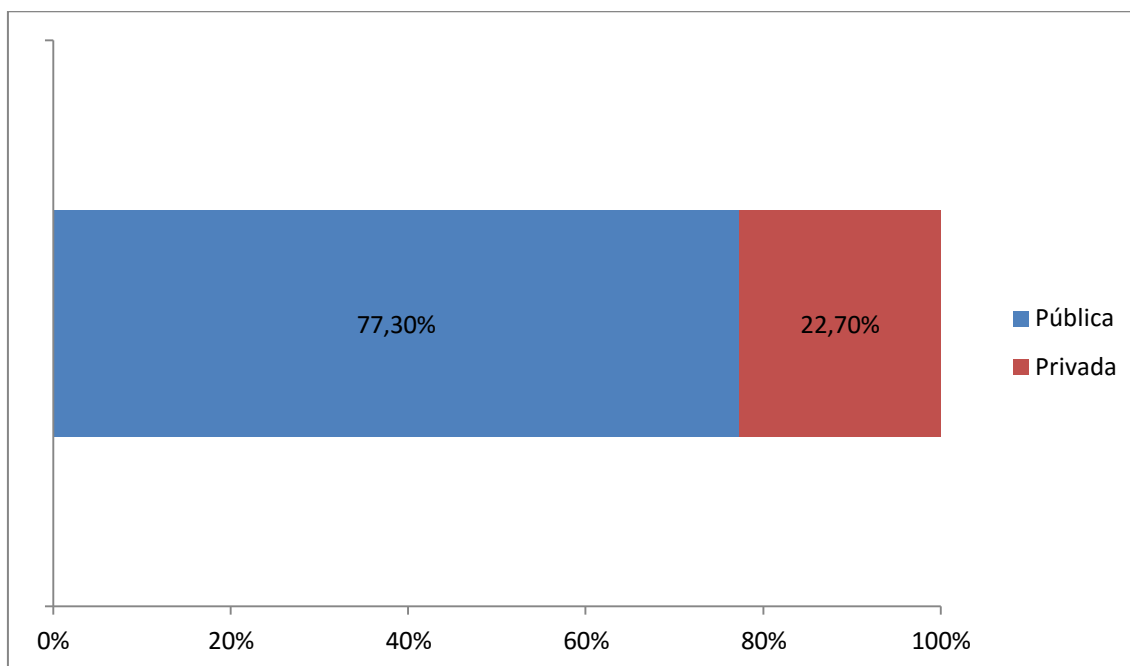
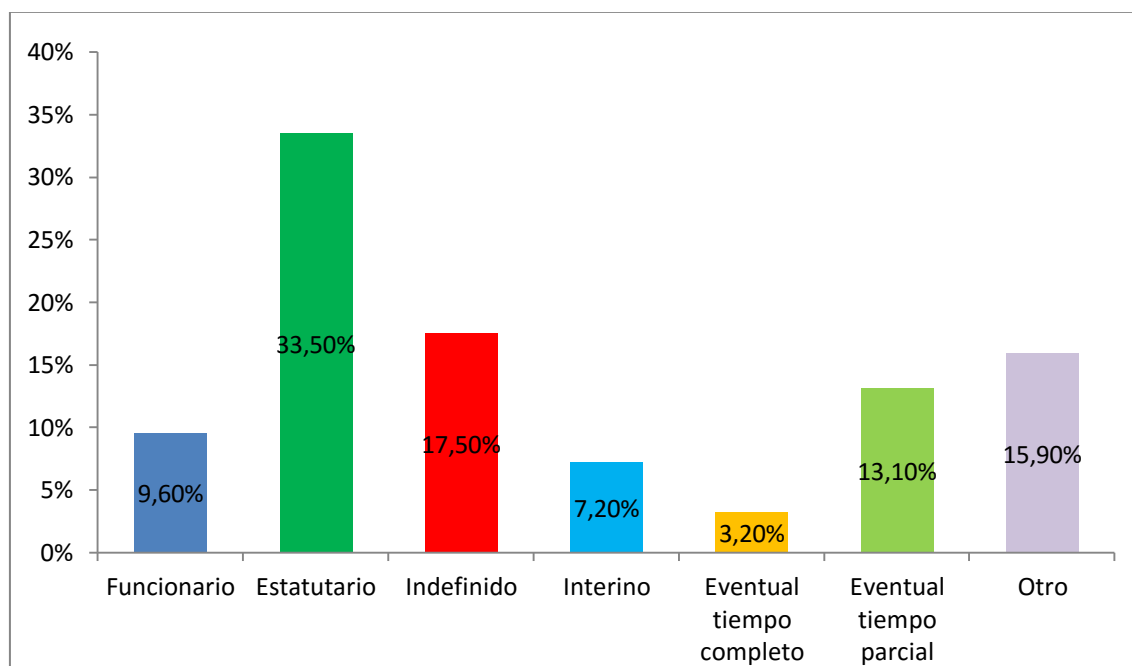


Tabla 6. ¿Qué tipo de contrato tienes?

	Frecuencia	Porcentaje
Funcionario	24	9,6
Estatutario	84	33,5
Indefinido	44	17,5
Interino	18	7,2
Eventual tiempo completo	8	3,2
Eventual tiempo parcial	33	13,1
Otro	40	15,9
Total	251	100,0

Gráfico 35. Tipo de contrato.

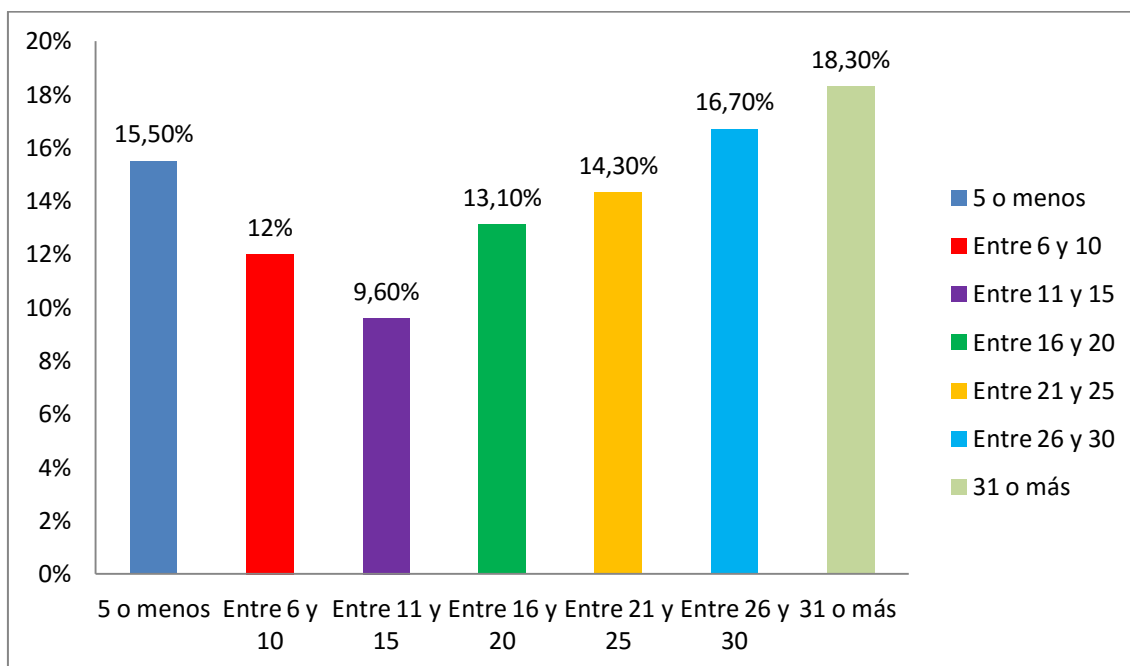


Los médicos con 26 años o más de ejercicio fueron los que más respondieron en total, siendo el más numeroso el grupo de 31 o más años de ejercicio (18,3%). En este punto, señalar que el caso “perdido” afirmaba llevar ejerciendo la Medicina desde hace 73 años, lo cual se considera un error en la respuesta. Es el motivo por el que se eliminó de la estadística.

Tabla 7. Años de ejercicio de la Medicina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5 o menos	39	15,5	15,6	15,6
Entre 6 y 10	30	12,0	12,0	27,6
Entre 11 y 15	24	9,6	9,6	37,2
Entre 16 y 20	33	13,1	13,2	50,4
Entre 21 y 25	36	14,3	14,4	64,8
Entre 26 y 30	42	16,7	16,8	81,6
31 o más	46	18,3	18,4	100,0
Total	250	99,6	100,0	
Perdidos	1	,4		
Total	251	100,0		

Gráfico 36. Años de ejercicio de la Medicina.



4.1.2. AGRESIONES (CUESTIONARIO BMA).

En nuestro estudio, un 52,2% de los encuestados opina que no existe un problema de violencia o maltrato por parte de los pacientes, frente al 47,9% que piensa que sí existe dicho problema (“Mucho” un 11,6%, o” Un poco” un 36,3%).

El 64,9% de los encuestados piensa que la intensidad del problema no ha cambiado en el último año.

El 32,7% han sufrido alguna forma de violencia o maltrato en el último año. La forma de agresión verbal más frecuente fueron el lenguaje insultante, las amenazas y los gritos. De los 82 médicos agredidos, 61 de ellos no denunciaron el incidente, lo que supone un 74,39%.

Entre los agredidos, se considera que la existencia de problemas de salud o personales en el paciente fue el motivo más frecuente para que ocurriera el incidente.

Tabla 8. ¿Piensas que existe un problema con respecto al nivel de violencia o maltrato por parte de los pacientes en tu actual lugar de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí mucho	29	11,6
Sí , un poco	91	36,3
En general, no	118	47,0
Nada en absoluto	13	5,2
Total	251	100,0

Gráfico 37. ¿Piensas que existe un problema con respecto al nivel de violencia o maltrato por parte de los pacientes en tu actual lugar de trabajo?

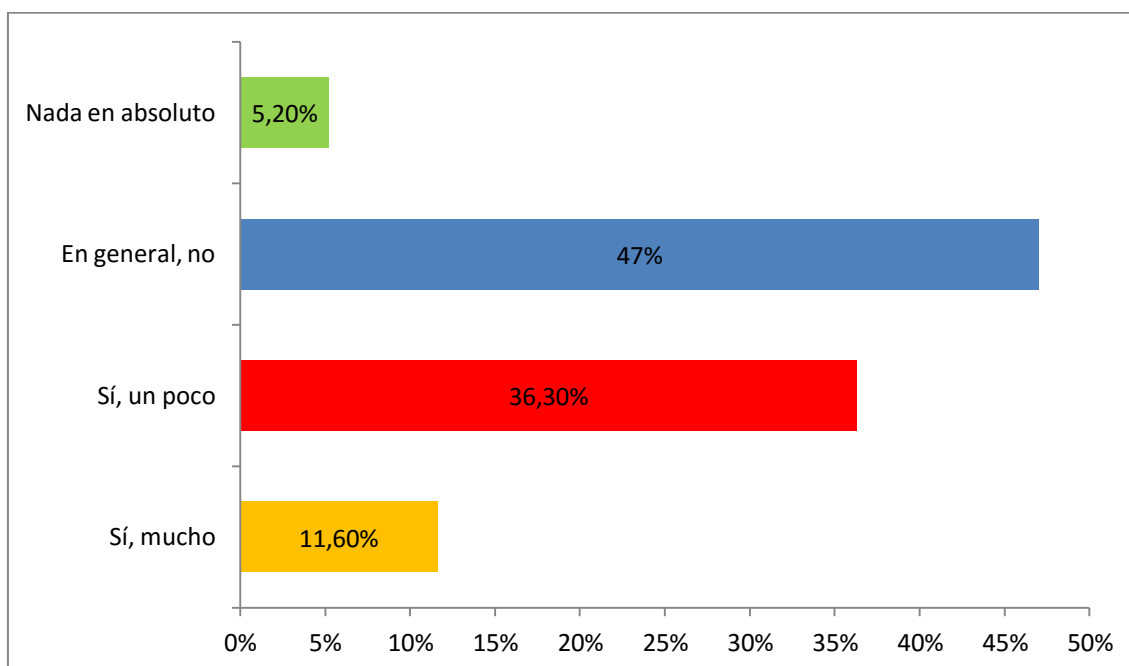


Tabla 9. ¿Piensas que la violencia o el maltrato por parte de los pacientes han aumentado desde el año pasado en tu lugar de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Ha aumentado	53	21,1
No existe	29	11,6
No ha cambiado	163	64,9
Ha disminuido	6	2,4
Total	251	100,0

Gráfico 38. ¿Piensas que la violencia o el maltrato por parte de los pacientes han aumentado desde el año pasado en tu lugar de trabajo?.

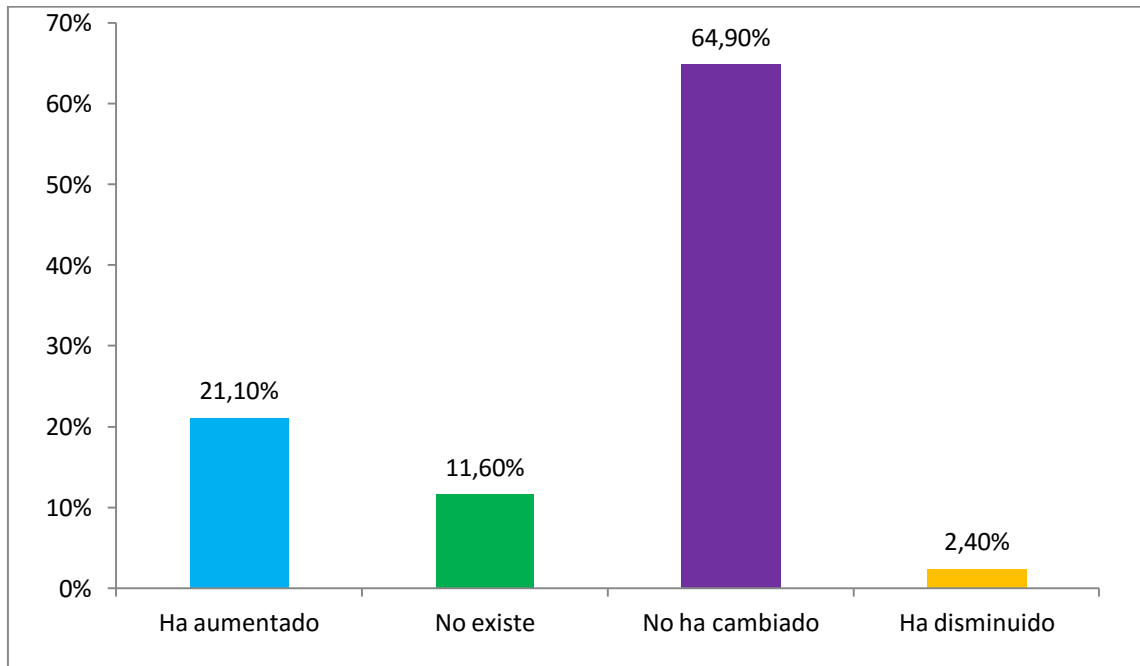


Tabla 10. ¿Has sufrido violencia o maltrato en tu lugar de trabajo en el último año?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	82	32,7
No	169	67,3
Total	251	100,0

Gráfico 39. ¿Has sufrido violencia o maltrato en tu lugar de trabajo en el último año?.

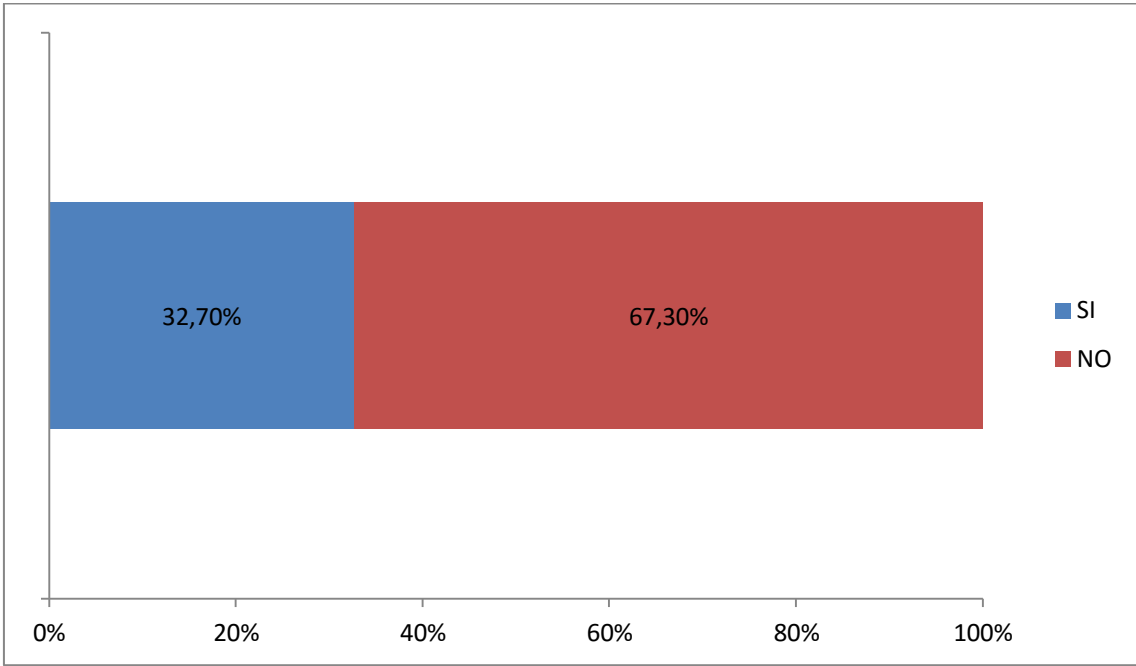


Tabla 11. Formas de agresión verbal sufridas por aquellos que han recibido esta forma de violencia.

	Frecuencia	Porcentaje
Lenguaje insultante	72	28,7
Gritos	57	22,7
Amenazas	52	20,7
Intimidación	32	12,7
Comentarios sexistas	15	6,0
Acoso sexual	2	0,8
Otro	5	2,0

Tabla 12. ¿Denunciaste el incidente?

	Frecuencia	Porcentaje
No	61	24,3
Sí, en el Colegio de Médicos	5	2
Sí, en la Administración Sanitaria	10	4
Sí, en Juzgado o FOP	6	2,4
Otro	6	2,4

Tabla 13. ¿Cuál crees que fue el motivo del incidente? (en aquellos que lo habían sufrido).

	Frecuencia	Porcentaje
El agresor tiene problemas de salud o personales	48	19,1
El agresor tiene historial violento o de abusos	32	12,7
El agresor fue provocado (frustrado)	18	7,2
El agresor había consumido alcohol o drogas	17	6,8
El agresor había recibido malas noticias	23	4,8
No lo sé	12	9,12
Otros	17	6,8

4.1.3. SALUD GENERAL (GHQ-12).

El 44,6% de los médicos que respondieron a la encuesta serían considerados población de riesgo para padecer algún trastorno mental, ya que presentan una puntuación igual o mayor a 3 en el cuestionario GHQ-12 (rango de 0 a 12 puntos, según método GHQ). Esto supone que 112 encuestados constituyen el grupo de riesgo.

Tabla 14. Distribución de puntuaciones totales en GHQ-12

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0,00	83	33,1	33,1
1,00	26	10,4	43,4
2,00	30	12,0	55,4
3,00	19	7,6	62,9
4,00	18	7,2	70,1
5,00	14	5,6	75,7
6,00	11	4,4	80,1
7,00	11	4,4	84,5
8,00	10	4,0	88,4
9,00	7	2,8	91,2
10,00	6	2,4	93,6
11,00	6	2,4	96,0
12,00	10	4,0	100,0

La Media de puntuación en toda la muestra para el GHQ-12 es de 3,25. Los intervalos de confianza inferior y superior son 2,82 y 3,70 al 95%. Al considerar las medias para cada ítem en la totalidad de la muestra, el ítem en el que los encuestados presentan mayor Media (rango 0 a 1) es: “¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?” (0,5259). Y el ítem que presenta la Media más baja es: “¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?” (0,1155).

Tabla 15. Media de puntuación en toda la muestra

			Sesgo	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
GHQ12	N	251	0	0	251	251
	Media	3,2550	,0010	,2208	2,8248	3,7051

Tabla 16. Media para cada ítem en toda la muestra.

	N	Media
¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?	251	0,5259
¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	251	0,4104
¿Te has sentido poco feliz o deprimido?	251	0,3586
¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?	251	0,3068
¿Has podido concentrarte bien en lo que hacías?	251	0,2908
¿Has tenido la sensación de que no puedes superar tus dificultades?	251	0,2629
¿Has perdido confianza en ti mismo?	251	0,2510
¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?	251	0,2151
¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	251	0,1912
¿Has sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	251	0,1833
¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	251	0,1434
¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?	251	0,1155

En el grupo de riesgo, la Media de puntuación ha sido de 6,5268; con unos intervalos de confianza inferior y superior de 6 y 7,02 (IC 95%). Dentro del grupo de riesgo, el ítem en el que los encuestados presentan mayor puntuación es: “¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?”. Y en el que menos: “¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?” (rango 0 a 1). Por tanto, los ítems con mayor puntuación coinciden en ambos grupos, los considerados de riesgo y los de no riesgo.

Tabla 17. Media de puntuación en el grupo de riesgo.

		Sesgo	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
N	112	0	8	96	128
Media	6,5268	0,0024	0,2701	6,0000	7,0292
Mínimo	3,00				
Máximo	12,00				

Tabla 18. Media para cada ítem en el grupo de riesgo (puntuación mayor o igual a 3)

	N	Media
¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?	112	0,8661
¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	112	0,7768
¿Te has sentido poco feliz o deprimido?	112	0,7589
¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?	112	0,6339
¿Has podido concentrarte bien en lo que hacías?	112	0,5714
¿Has tenido la sensación de que no puedes superar tus dificultades?	112	0,5536
¿Has perdido confianza en ti mismo?	112	0,5446
¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	112	0,4196
¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?	112	0,4196
¿Has sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	112	0,4018
¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	112	0,3214
¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?	112	0,2589

4.1.4. BURNOUT (MASLACH).

Como se ha visto en el capítulo introductorio, no existe una puntuación absoluta que determine la presencia o no de burnout. El diagnóstico del síndrome se realiza en base a las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en realización personal indicarían la presencia del síndrome.

En la subescala de agotamiento emocional, la Media fue de 21,19 (nivel intermedio). Más de la mitad de la muestra presenta un nivel bajo de agotamiento emocional (53%), mientras que un 28,7% estaría en el nivel alto para esta subescala. El ítem con la Media más alta fue: “Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo” (Media = 3,506).

La Media para nuestra muestra en la subescala de despersonalización fue de 7,37; lo que supone un nivel intermedio. Un 51% de los encuestados presentarían un nivel bajo de despersonalización, seguido de los que se encuentran en un nivel alto (28%) y los que tienen un nivel bajo (21%). El ítem con la Media más elevada fue: “Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas” (Media = 2,0598).

En la subescala de realización personal, la Media fue de 35,06 (nivel intermedio). En esta subescala, son mayoría los que presentan una realización alta (40,6%), seguido de aquellos que presentan un nivel bajo (36,7%). En esta Subescala, el ítem con la puntuación más baja fue: “ Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada” (Media = 3,2669).

Tabla 19. Media de puntuaciones MBI.

	Despersonalización	Realización personal	Agotamiento emocional	MBI
N	251	251	251	251
Media	7,3745	35,0677	21,1912	63,6335
Desviación típica	6,28611	10,62522	14,49591	17,11985
Mínimo	0,00	5,00	0,00	13,00
Máximo	30,00	48,00	54,00	110,00

Tabla 20. Distribución en subescala de agotamiento emocional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja (≤ 18)	133	53,0	53,0
Media (19-26)	46	18,3	71,3
Alta (≥ 27)	72	28,7	100,0
Total	251	100,0	

Gráfico 40. Distribución en subescala de agotamiento emocional.

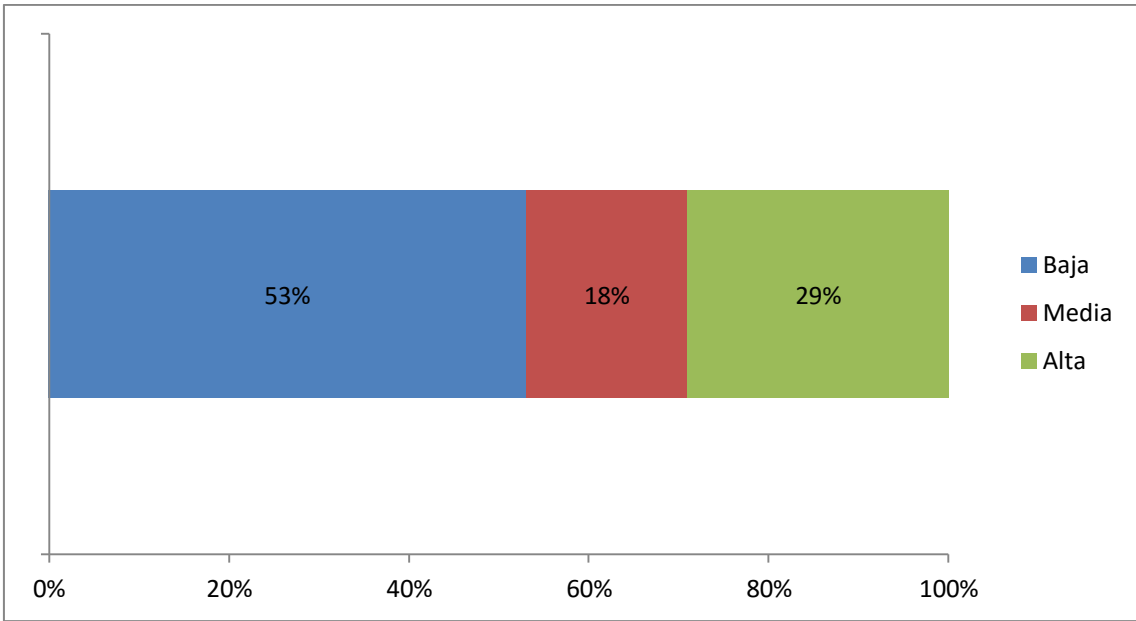


Tabla 21. Media de puntuaciones en subescala de agotamiento emocional.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv típ.
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	251	0,00	6,00	1,589	1,90
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	251	0,00	6,00	1,808	1,86
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	251	0,00	6,00	1,956	1,96
Me siento frustrado en mi trabajo	251	0,00	6,00	2,008	2,71
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	251	0,00	6,00	2,270	1,95
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	251	0,00	6,00	2,569	2,37
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	251	0,00	6,00	2,717	2,06
Siento que mi trabajo me está desgastando	251	0,00	6,00	2,764	2,08
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	251	0,00	6,00	3,506	2,14
N válido (según lista)	251				

Tabla 22. Distribución en subescala de despersonalización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja (≤ 5)	128	51,0	51,0
Media (6-9)	54	21,5	72,5
Alta (≥ 10)	69	27,5	100,0
Total	251	100,0	

Gráfico 41. Distribución en subescala de despersonalización.

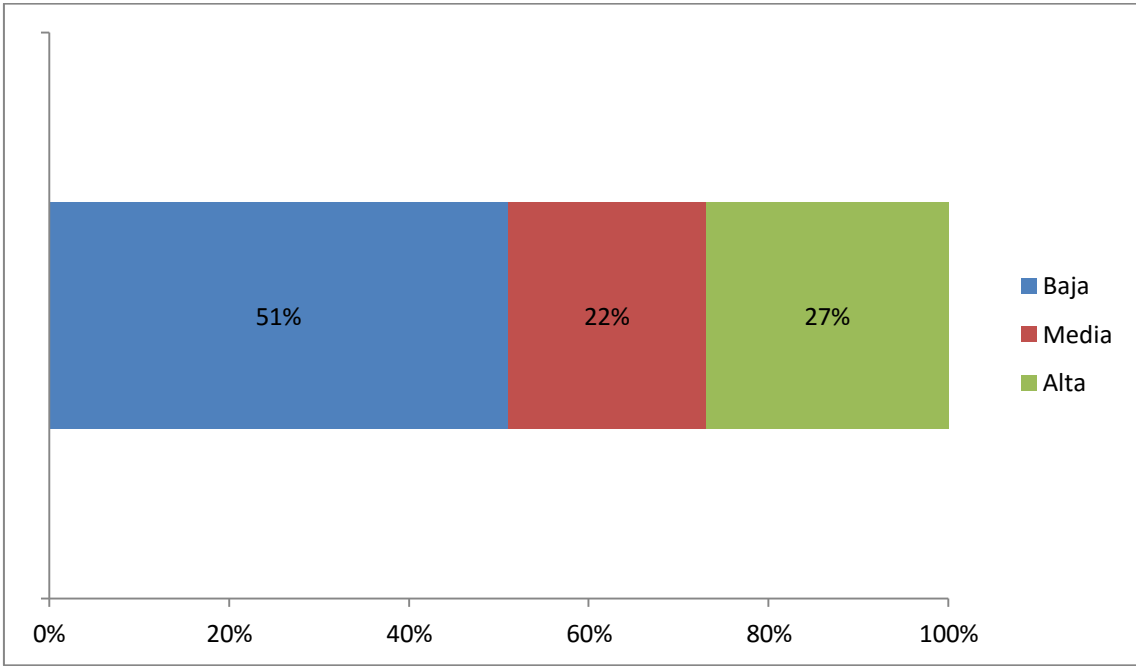


Tabla 23. Media de puntuaciones en subescala de despersonalización.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	251	0,00	6,00	2,0598	1,87201
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	251	0,00	6,00	1,6853	1,65425
Siento que me he hecho más duro con la gente	251	0,00	6,00	1,6733	1,68667
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	251	0,00	6,00	1,2869	1,79036
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	251	0,00	6,00	0,6693	1,34098
N válido (según lista)	251				

Tabla 24. Distribución en Subescala de realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja (≤ 33)	92	36,7	36,7
Media (34-39)	57	22,7	59,4
Alta (≥ 40)	102	40,6	100,0
Total	251	100,0	

Gráfico 42. Distribución en subescala de realización personal.

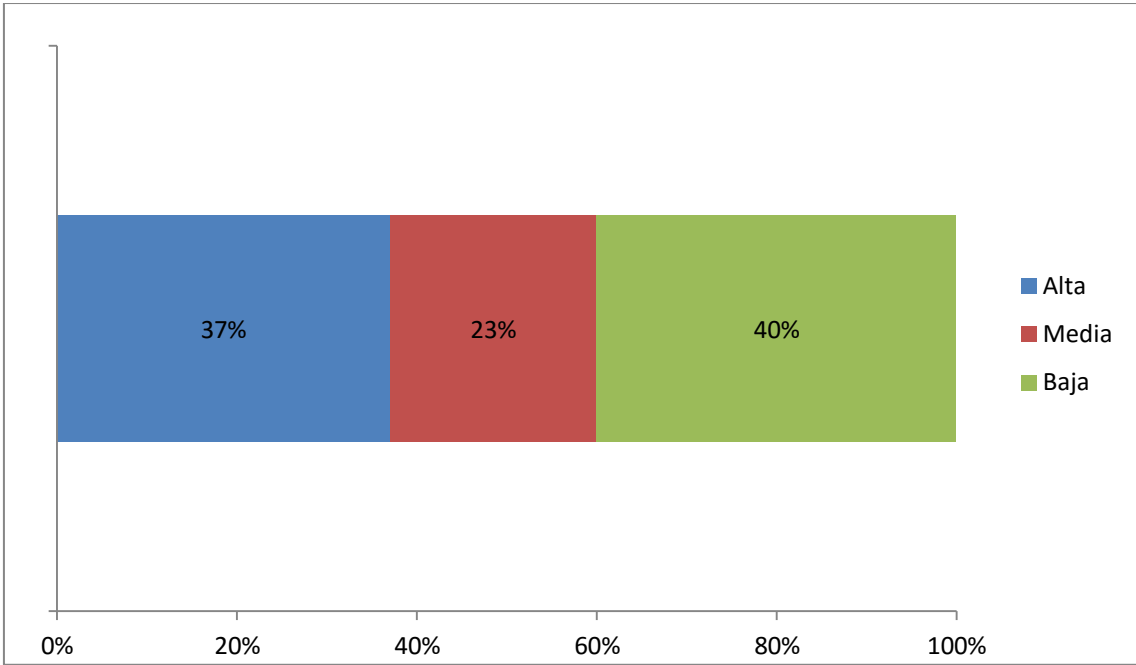


Tabla 25. Media de puntuaciones en Subescala de realización personal.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	251	0,00	6,00	3,2669	2,29008
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	251	0,00	6,00	4,0478	1,95492
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	251	0,00	6,00	4,2390	1,81070
Me siento con mucha energía en mi trabajo	251	0,00	6,00	4,2948	1,88062
Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	251	0,00	6,00	4,5179	1,70724
Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	251	0,00	6,00	4,5219	1,74428
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	251	0,00	6,00	5,0438	1,51065
Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	251	0,00	6,00	5,1355	1,41901
N válido (según lista)	251				

4.2 ESTADÍSTICA INFERENCIAL.

4.2.1. AGRESIONES.

En primer lugar se contrastó estadísticamente la existencia o no de relación entre el género, y el hecho de sufrir o no agresiones, o de sufrir algún tipo concreto de agresión. Para ellos se realizó un análisis bivalente empleando el estadístico Chi-Cuadrado, al tratarse de dos variables cualitativas. Se considera que existe significación estadística cuando el valor de la p es menor o igual a 0,05.

La única relación que se encuentra entre el género y las preguntas de agresiones es en el caso de los comentarios sexistas. Entre los encuestados ningún hombre había recibido comentarios sexistas mientras que un 12,2% de las mujeres afirma haberlos recibido.

Tabla 26. Relación género-agresiones según Chi-cuadrado.

	Chi- cuadrado de Pearson	p- valor	¿Relacionado con el género?
Sufrido maltrato (si o no)	0,048 (1)	0,826	No
Lenguaje insultante	0,040 (1)	0,841	No
Gritos	0,000 (1)	0,984	No
Amenazas	0,023 (1)	0,881	No
Comentarios sexistas	16,602 (1)	0,000	Sí
Intimidación	0,405 (1)	0,524	No
Acoso sexual	0,001 (1)	0,977	No
Otro	5,163 (5)	0,396	No
Denuncia (si o no)	0,069 (1)	0,793	No

4.2.2. RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL.

Del análisis bivariante realizado mediante Chi-cuadrado, se observa que la relación entre estar en el grupo de riesgo de enfermedad mental ($\text{GHQ12} \geq 3$) y las variables de género, haber sufrido maltrato, haber recibido lenguaje insultante, amenazas, comentarios sexistas o intimidación, así como con el hecho de haber denunciado, es estadísticamente significativa. En el caso de la variable de género, al ser de especial interés en nuestro estudio, se ha comprobado también si la diferencia de medias de puntuación entre géneros era significativa mediante la prueba T de Student. En el grupo de hombres, la Media es de 2,5781 (Desviación típica = 3,03). En el caso de la mujeres, la Media es 3,9593 (Desviación típica = 3,96). Dicha diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,002$). También existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de riesgo entre los hombres (Media = 5,8333; Desviación típica = 2,52) y las mujeres (Media = 7,04; Desviación típica = 3,098), siendo la $p = 0,02$.

Se observa que el 57,1% de los médicos dentro del grupo con $\text{GHQ12} \geq 3$ son mujeres, frente al 42,9% de hombres. Los hombres presentan porcentajes superiores (57,6%) en el grupo de médicos con puntuaciones $\text{GHQ12} < 3$, comparado con las mujeres (42,4%). Hay que recordar que las mujeres suponen el 49% de la muestra total de médicos que respondieron a la encuesta, pero están más representadas en el grupo de riesgo.

Mediante un modelo de regresión múltiple, considerando como variable dependiente el pertenecer o no al grupo de riesgo para sufrir una enfermedad mental, las variables significativas son el género y los gritos. Por lo tanto, se puede considerar que la variable que se asocia de forma segura al riesgo de padecer o no un trastorno mental es el género, teniendo las mujeres además peor salud mental que los hombres en nuestra muestra.

Para la variable haber sufrido o no violencia en el lugar de trabajo se descubre que aquellos médicos que han sufrido violencia o maltrato están más representados en el grupo de individuos que presentan un $GQ12 \geq 3$ (40,2%), mientras que los agredidos son un 26,6% del grupo sin riesgo. Esta tendencia (mayor representación de los agredidos en el grupo de riesgo para padecer algún trastorno mental) se repite en todas las formas de agresión verbal, aunque sólo es significativa la relación en el caso de las amenazas, los comentarios sexistas y la intimidación.

Tabla 27. Relación entre variables sociodemográficas, agresiones y GHQ-12, según Chi-Cuadrado.

	Chi-cuadrado de Pearson	p-valor	¿Relacionado con resultado screening GHQ12?
Género	5,361 (1)	0,021	Sí
Tipo de ejercicio (médico AP, urgencias, ...)	2,867 (3)	0,413	No
Tipo de contrato (funcionario, estatutario, etc.)	8,043 (6)	0,235	No
Lugar de trabajo (Pública o Privada)	2,713 (1)	0,100	No
Años de ejercicio	9,963 (6)	0,126	No
Sufrido maltrato (si o no)	5,185 (1)	0,023	Sí
Lenguaje insultante	3,722 (1)	0,054	No
Gritos	1,915 (1)	0,166	No
Amenazas	7,596 (1)	0,006	Sí
Comentarios sexistas	8,081 (1)	0,004	Sí
Intimidación	6,548(1)	0,011	Sí
Acoso sexual	2,502 (1)	0,114	No
Otro	5,822 (5)	0,324	No
Denuncia (si o no)	5,306 (1)	0,021	Sí

Tabla 28. Modelo de regresión múltiple para variables sociodemográficas, agresiones y GHQ-12.

Variable independiente	Estimador	Error estándar	p- valor
Género	1,1937	0.4642	0,010739
Haber sufrido Agresión	-0,6638	1,2326	0,590688
Lenguaje insultante	0,1761	1,2604	0,888983
Gritos	2,9660	0,8371	0,000477
Amenazas	1,2189	1,0844	0,262174
Comentarios sexistas	-0,3594	0,8675	0,678991
Intimidación	-1,0534	0,8897	0,237645
Acoso sexual	4,4687	2,4954	0,074608
Años de ejercicio			
Entre 6 y 10	0,3717	0,8324	0,655654
Entre 11 y 15	-0,2735	0,8837	0,757179
Entre 16 y 20	-0,8106	0,8140	0,320346
Entre 21 y 25	-1,2749	0,7986	0,111715
Entre 26 y 30	-1,3201	0,7816	0,092545
31 o más	-0,2035	0,7763	0,793476

Tabla 29. Distribución según género y grupo de riesgo.

		GHQ12		Total
		No riesgo (GHQ12 menor de 3)	Sí riesgo (GHQ12 mayor o igual a 3)	
Hombre	Recuento	80	48	128
	% dentro de GHQ12	57,6%	42,9%	51,0%
Mujer	Recuento	59	64	123
	% dentro de GHQ12	42,4%	57,1%	49,0%
Total	Recuento	139	112	251
	% dentro de GHQ12	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 43. Distribución según género y grupo de riesgo.

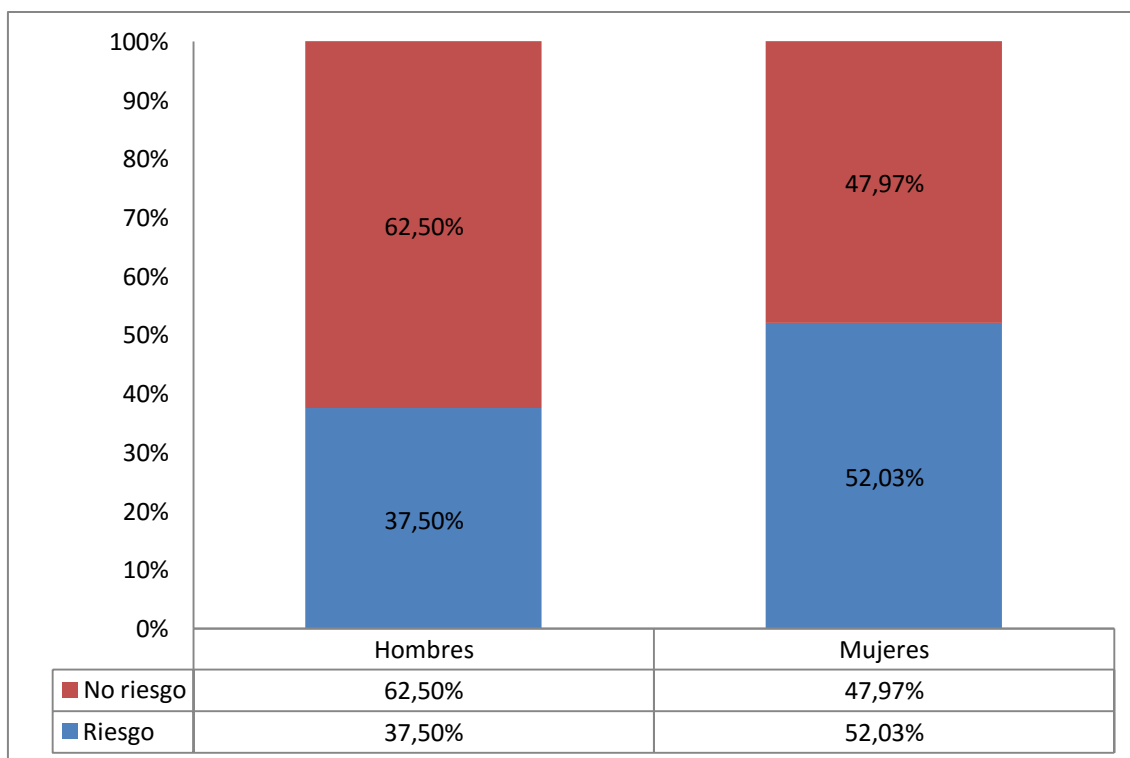


Tabla 30. Puntuaciones GHQ-12 según género en toda la muestra.

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la Media
GHQ12	Hombre	128	2,5781	3,03421	0,26819
	Mujer	123	3,9593	3,96170	0,35721

Tabla 31. Diferencia de Medias según género en toda la muestra.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de Medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	14,529	0,000	3,108	249	0,002	-1,38122	0,44436	2,25641	0,50604
No se han asumido varianzas iguales			3,092	228,543	0,002	-1,38122	0,44668	2,26137	0,50108

Tabla 32. Puntuaciones GHQ-12 según género en el grupo de riesgo.

Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la Media
Hombre	48	5,8333	2,52926	0,36507
Mujer	64	7,0469	3,09854	0,38732

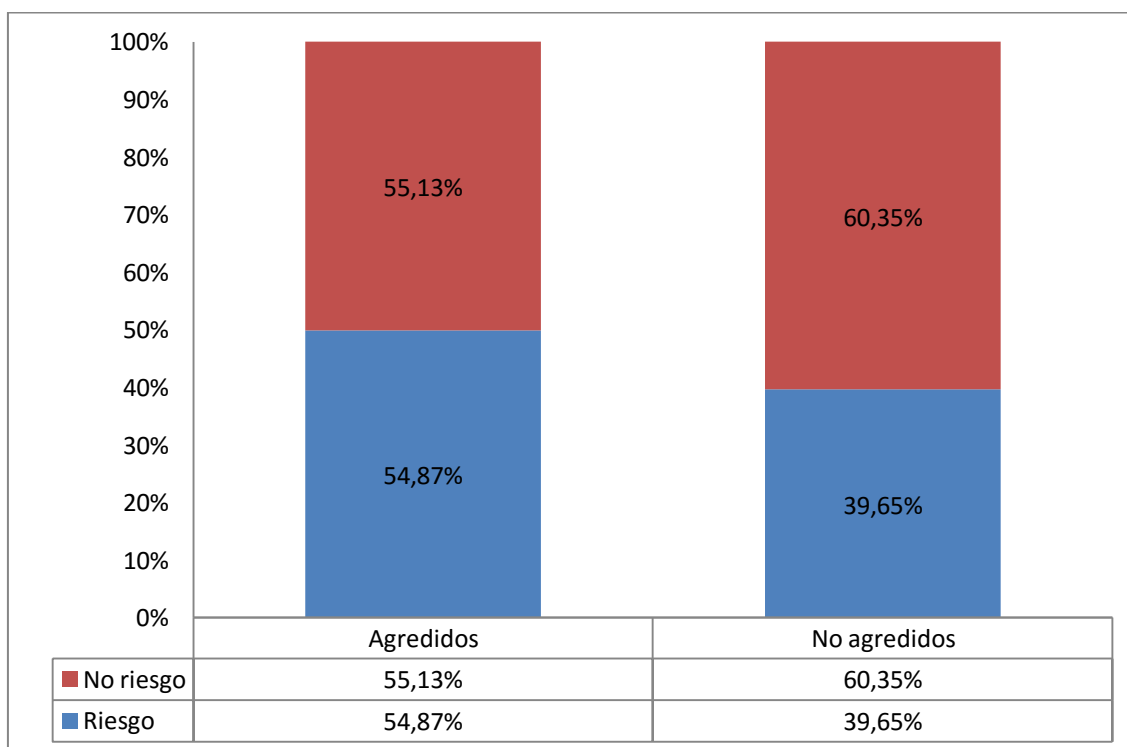
Tabla 33. Diferencia de Medias según género en el grupo de riesgo.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de Medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de Medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	4,473	0,037	2,215	110	0,029	-1,21354	0,54784	-2,2992	-0,12785
No se han asumido varianzas iguales			2,280	109,168	0,025	-1,21354	0,53225	-2,2684	-0,15866

Tabla 34. Distribución según agresiones y grupo de riesgo.

			GHQ12		Total
			No riesgo (GHQ12 menor de 3)	Sí riesgo (GHQ12 mayor o igual a 3)	
¿Has sufrido violencia o maltrato en tu lugar de trabajo en el último año?	Sí	Recuento % dentro de GHQ12	37 26,6%	45 40,2%	82 32,7%
	No	Recuento % dentro de GHQ12	102 73,4%	67 59,8%	169 67,3%
	Total	Recuento % dentro de GHQ12	139 100,0%	112 100,0%	251 100,0%

Gráfico 44. Distribución según agresión y riesgo.



De las 15 mujeres que han sufrido comentarios sexistas, 12 de ellas estarían en el grupo de riesgo, suponiendo un 10,7% de este grupo. En contraste, las mujeres que han sufrido comentarios sexistas suponen un 2,2% dentro del total del grupo sin riesgo para enfermedad mental.

Tabla 35. Distribución según comentarios sexistas y grupo de riesgo.

			GHQ12		Total
			No riesgo (GHQ12 menor de 3)	Sí riesgo (GHQ12 mayor o igual a 3)	
[Comentarios sexistas] ¿Has sufrido alguna de las siguientes formas de agresión verbal?	No seleccionado	Recuento	136	100	236
		% dentro de GHQ12	97,8%	89,3%	94,0%
	Sí	Recuento	3	12	15
		% dentro de GHQ12	2,2%	10,7%	6,0%
	Total	Recuento	139	112	251
		% dentro de GHQ12	100,0%	100,0%	100,0%

Para valorar la relación entre las puntuaciones del GHQ y las subescalas de burnout, se utilizó la prueba de correlación de Spearman y un análisis de regresión múltiple.

La correlación más alta se encuentra en cansancio emocional, y la más baja en la de realización personal. Así, a puntuaciones más altas de GHQ-12 (peor salud mental), más cansancio emocional y despersonalización, y menos realización personal. Todas las relaciones son significativas estadísticamente.

Tabla 36. Correlación Despersonalización - GHQ-12.

		GHQ12	Despersonalización
GHQ12	Correlación de Pearson	1	0,404
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	251	251
Despersonalización	Correlación de Pearson	0,404	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	251	251

Tabla 37. Correlación Realización personal - GHQ-12

		GHQ12	Realización personal
GHQ12	Correlación de Pearson	1	-0,396
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	251	251
Realización personal	Correlación de Pearson	-0,396	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	251	251

Tabla 38. Correlación Agotamiento emocional - GHQ-12

		GHQ12	Cansancio emocional
GHQ12	Correlación de Pearson	1	0,696
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	251	251
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	0,696	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	251	251

Tabla 39. Modelo de regresión múltiple para el Test MBI y Puntuaciones GHQ-12.

	Estimador	Error	p- valor
Despersonalización	-0,07716	0,03476	0,02735
Agotamiento emocional	0,17821	0,01497	<2e-16
Realización personal	-0,05009	0,01711	0,00374

Error estándar residual: 2,531

R²: 0,561

Estadístico F: 84,36

p-valor: < 2.2e-16

Ilustración 1. Modelo de regresión para cansancio emocional y GHQ-12.

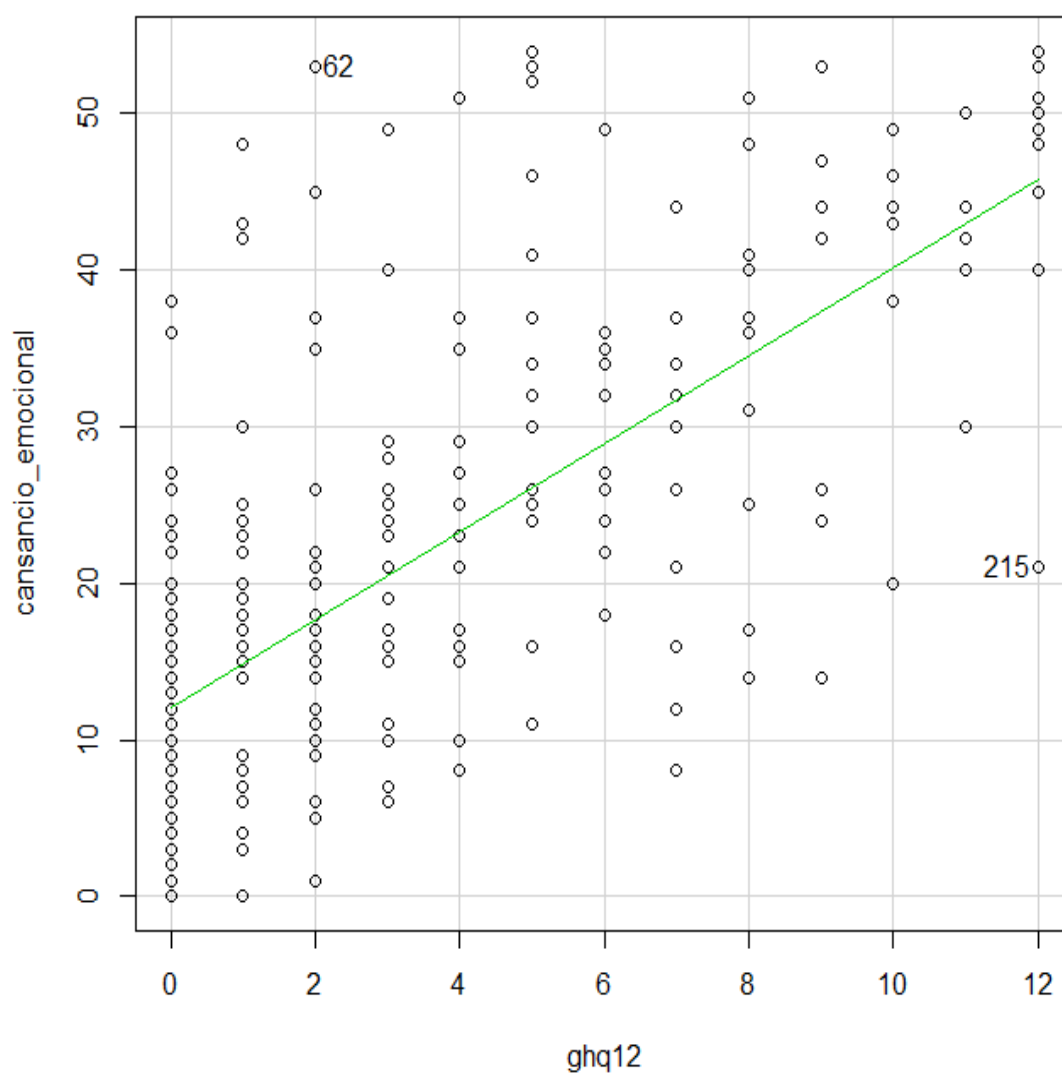


Ilustración 2. Modelo de regresión para despersonalización y GHQ-12.

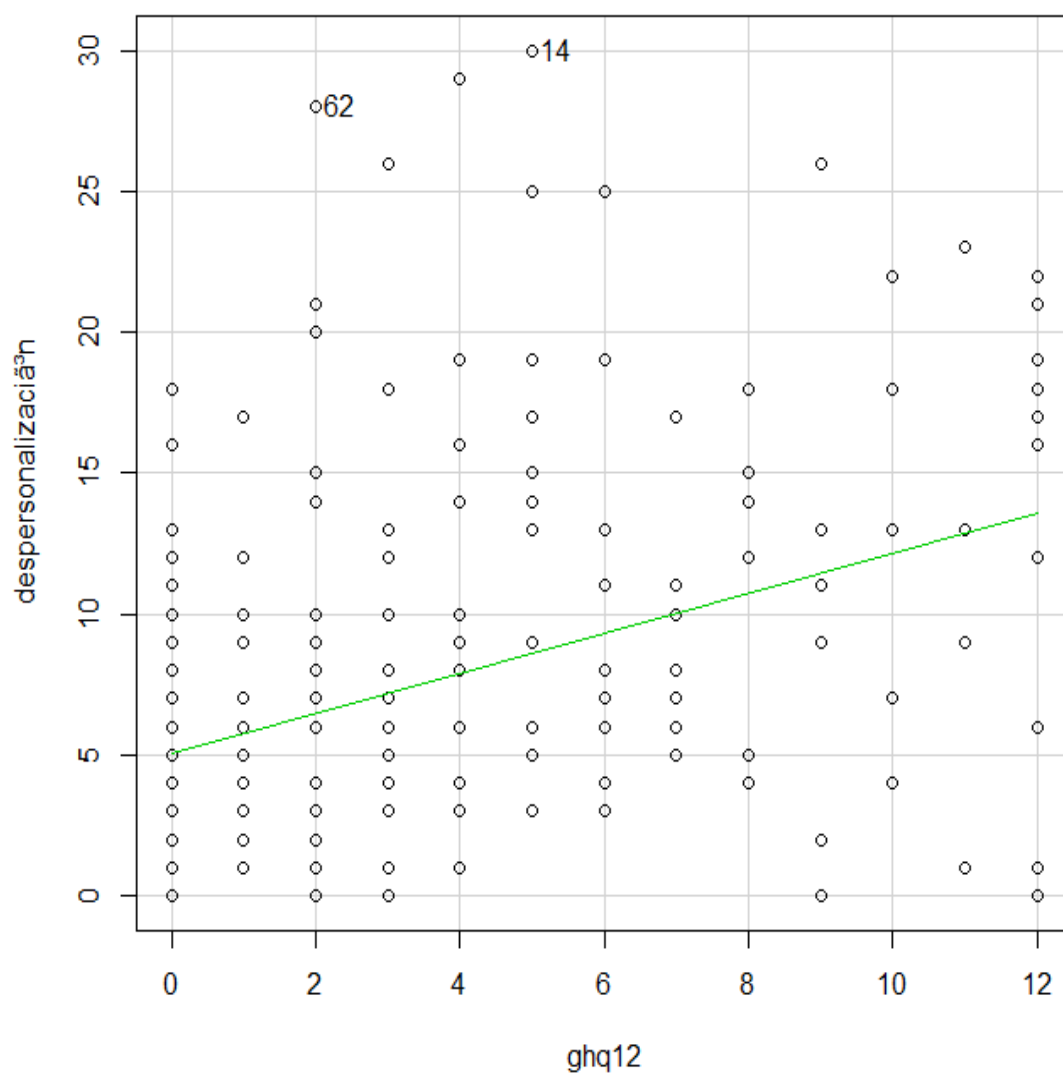
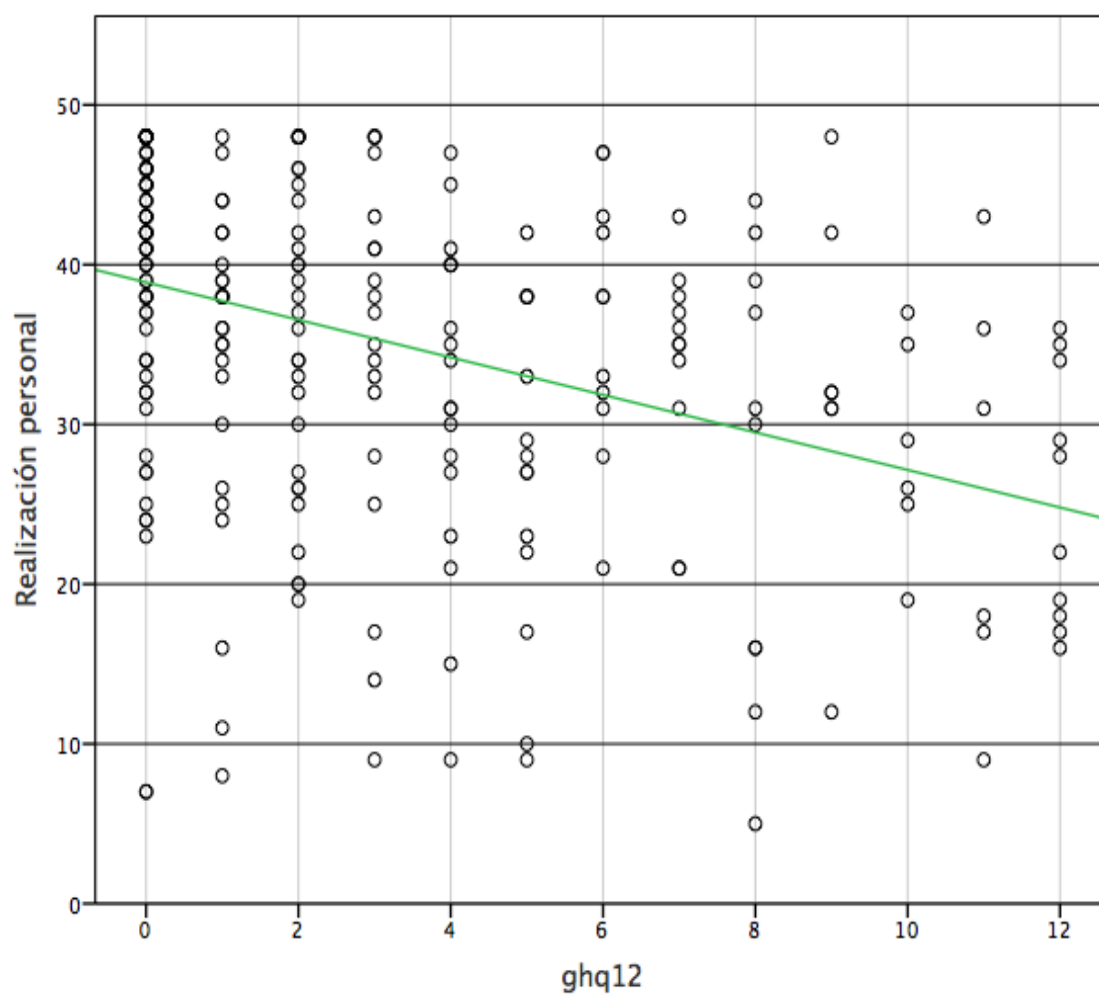


Ilustración 3. Modelo de regresión para realización personal y GHQ-12.



4.2.3. SUBESCALAS MBI.

Variables sociodemográficas, agresiones y realización personal: Las mujeres suponen un porcentaje mayor de los médicos con realización personal baja (55,4%) si la comparamos con los hombres (44,6%). Por el contrario, los hombres tienden a una mayor realización personal, en concreto representan el 59,8% de la muestra con realización personal alta (59,8%), mientras que las mujeres representan el 40,2%. Los médicos que han sufrido violencia están en su mayor parte dentro del grupo de baja realización personal (39 de los 82 agredidos). Aquellos médicos que no han sufrido maltrato (67,3% del total de la muestra) presentan menores porcentajes de realización baja, ya que suponen un 57,6% de los médicos con baja realización personal y un 74,5% de los médicos con alta realización personal.

Al determinar si existe relación entre las puntuaciones bajas de realización personal (las cuales son indicativas de la presencia de burnout), las variables sociodemográficas y las agresiones, se extrae que existe relación entre haber sufrido maltrato, lenguaje insultante, comentarios sexistas, amenazas o intimidación, y puntuaciones bajas de realización personal. Respecto al género, hemos señalado que el porcentaje de mujeres con baja realización personal es mayor que el de hombres. Aunque no es estadísticamente significativa esta diferencia, el valor de la p (0,06) hace tomar el dato con cautela.

Tabla 40. Relación género - Realización personal.

			Realización personal			
			Baja (<=33)	Media (34-39)	Alta (>=40)	Total
Género	Hombre	Recuento	41	26	61	128
		% dentro de Realización personal	44,6%	45,6%	59,8%	51,0%
	Mujer	Recuento	51	31	41	123
		% dentro de Realización personal	55,4%	54,4%	40,2%	49,0%
	Total	Recuento	92	57	102	251
		% dentro de Realización personal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 45. Distribución según Realización personal y Género.

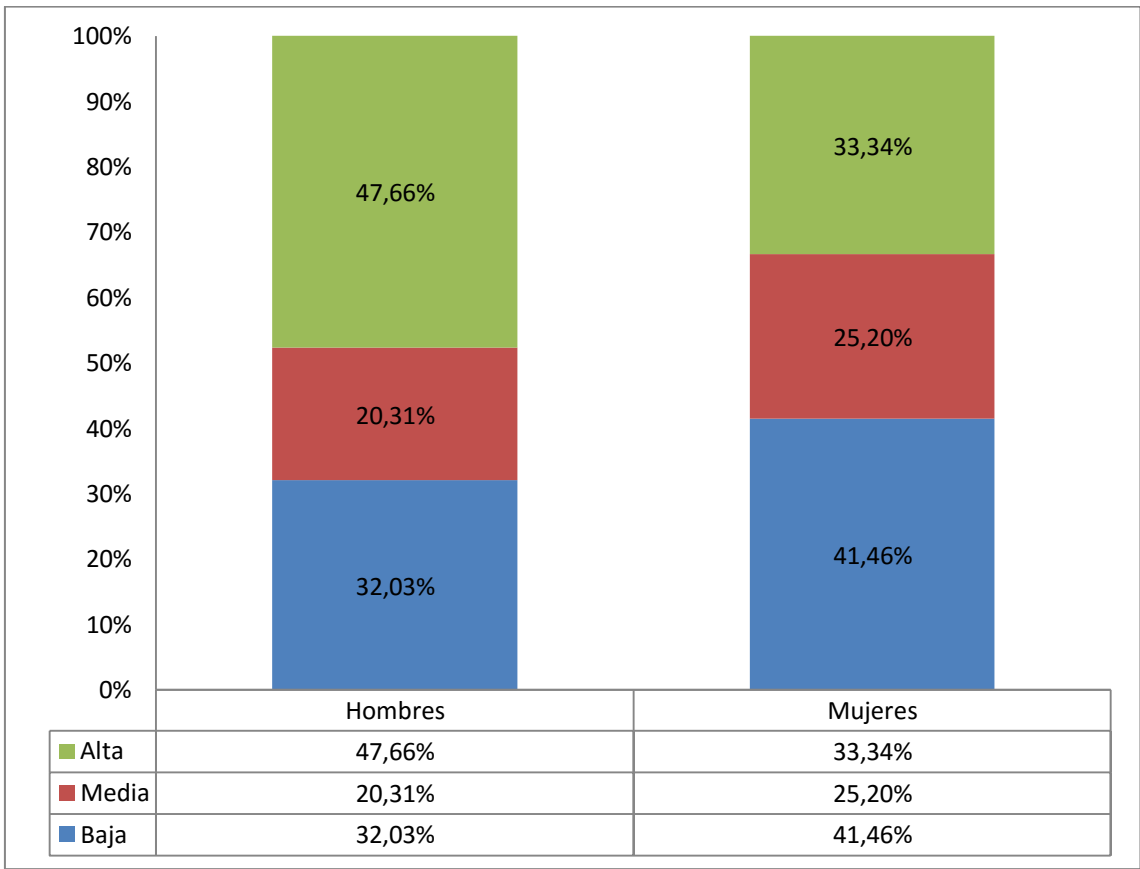


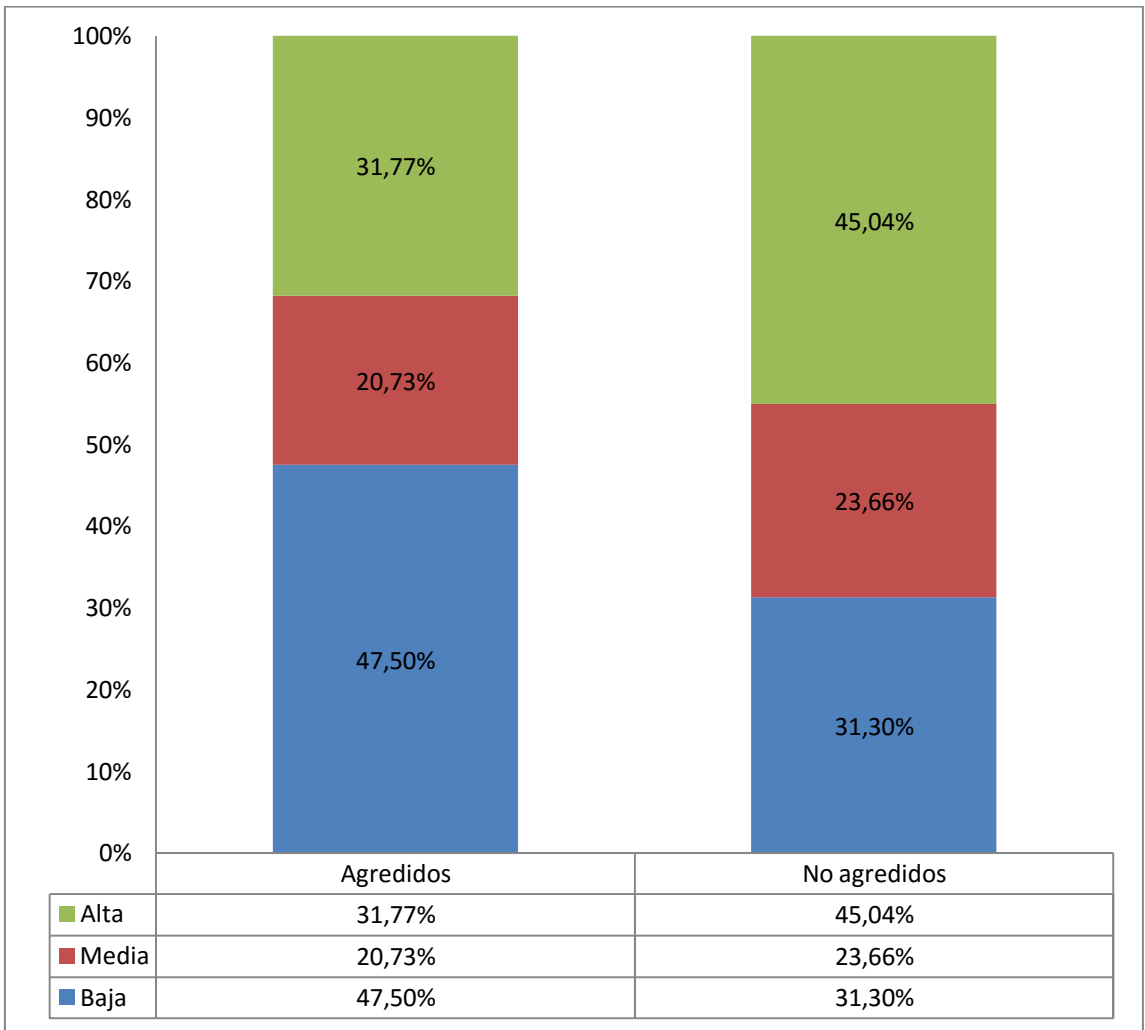
Tabla 41. Variables sociodemográficas y agresiones / Realización personal.

	Chi- cuadrado de Pearson	p- valor	¿Relacionado con baja realización personal?
Género	5,35(2)	0,069	No
Tipo de ejercicio (médico AP, urgencias, ...)	5,076(6)	0,534	No
Tipo de contrato (funcionario, estatutario, etc.)	9,028(12)	0,701	No
Lugar de trabajo (Pública o Privada)	2,334(2)	0,311	No
Años de ejercicio	20,625(12)	0,056	No
Sufrido maltrato (si o no)	6,553(2)	0,038	Sí
Lenguaje insultante	9,469(2)	0,009	Sí
Gritos	3,735(2)	0,154	No
Amenazas	6,227(2)	0,044	Sí
Comentarios sexistas	6,899(2)	0,032	Sí
Intimidación	9,501(2)	0,009	Sí
Acoso sexual	3,484(2)	0,175	No
Otro	10,075(10)	0,434	No
Denuncia (si o no)	2,497(2)	0,287	No

Tabla 42. Relación Agresiones - Realización personal.

			Realización personal			Total
			Baja (≤33)	Media (34-39)	Alta (≥40)	
¿Has sufrido violencia o maltrato en tu lugar de trabajo en el último año?	Sí	Recuento	39	17	26	82
		% dentro de Realización personal	42,4%	29,8%	25,5%	32,7%
	No	Recuento	53	40	76	169
		% dentro de Realización personal	57,6%	70,2%	74,5%	67,3%
	Total	Recuento	92	57	102	251
		% dentro de Realización personal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 46. Distribución según Realización personal y Agresiones.



Variables sociodemográficas, agresiones y despersonalización: Las variables relacionadas con las puntuaciones altas en despersonalización son el lugar de trabajo, haber sufrido maltrato, lenguaje insultante, gritos, amenazas, comentarios sexistas e intimidación, así como con el hecho de denunciar la agresión. Los médicos que trabajan en el sector público están fundamentalmente en el grupo de baja despersonalización, aunque el siguiente grupo más numeroso estaría dentro del grupo de alta despersonalización. En contraste, la gran mayoría de médicos con ejercicio privado (41 de 57) presentan una despersonalización baja.

Aquellos médicos que han sufrido violencia están sobre todo dentro del grupo de médicos de despersonalización alta (49,3% del total de este grupo, suponiendo casi la mitad), en comparación con los de baja personalización (son el 22,7% de este grupo). En cambio los médicos que no han sufrido maltrato en el último año, presentan porcentajes superiores en despersonalización baja (99 de 169 médicos que no han sufrido agresiones), respecto a aquellos con puntuaciones bajas o medias.

Tabla 43. Variables sociodemográficas y agresiones / Despersonalización.

	Chi-cuadrado de Pearson	p-valor	¿Relacionado con alta despersonalización?
Género	0,230 (2)	0,891	No
Tipo de ejercicio (médico AP, urgencias, ...)	4,837 (6)	0,565	No
Tipo de contrato (funcionario, estatutario, etc.)	20,102 (12)	0,065	No
Lugar de trabajo (Pública o Privada)	12,932 (2)	0,002	Sí
Años de ejercicio	17,496 (12)	0,132	No
Sufrido maltrato (si o no)	14,640 (2)	0,001	Sí
Lenguaje insultante	19,399 (2)	0,000	Sí
Gritos	12,64 (2)	0,002	Sí
Amenazas	23,42 (2)	0,000	Sí
Comentarios sexistas	9,156 (2)	0,010	Sí
Intimidación	12,163 (2)	0,02	Sí
Acoso sexual	5,318 (2)	0,070	No
Otro	9,172 (10)	0,516	No
Denuncia (si o no)	12,307 (2)	0,002	Sí

Tabla 44. Relación lugar de ejercicio - Despersonalización.

		Despersonalización			Total
		Baja (<=5)	Media (6-9)	Alta (>=10)	
Pública	Recuento	87	47	60	194
	% dentro de Despersonalización	68,0%	87,0%	87,0%	77,3%
Privada	Recuento	41	7	9	57
	% dentro de Despersonalización	32,0%	13,0%	13,0%	22,7%
Total	Recuento	128	54	69	251
	% dentro de Despersonalización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 47. Distribución según Despersonalización y Lugar de Ejercicio.

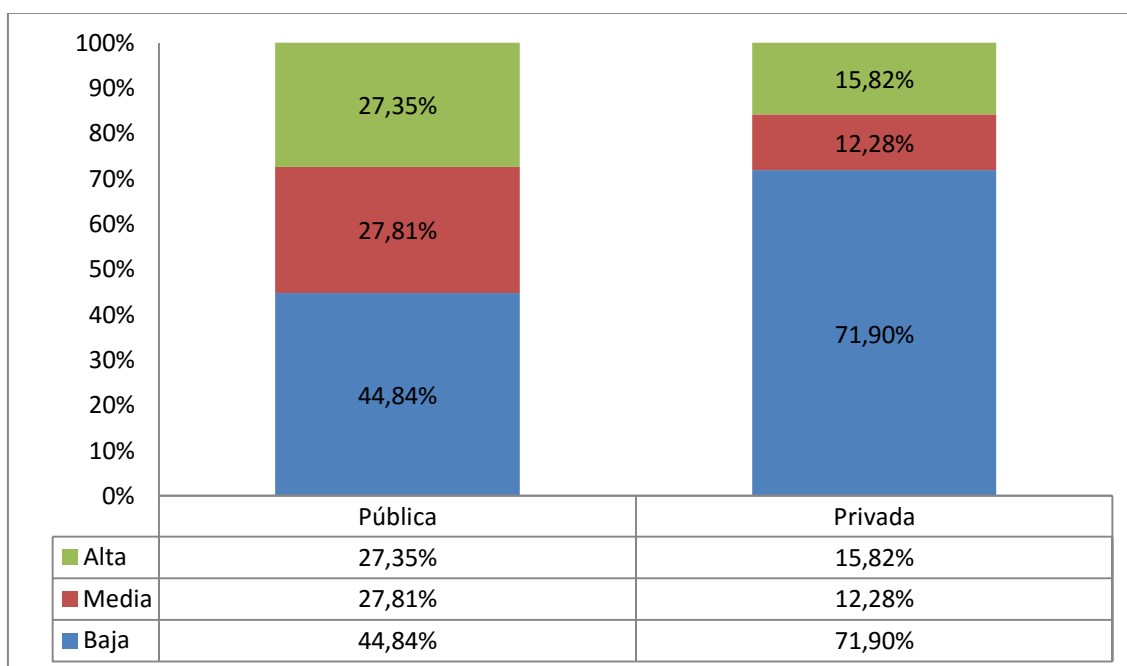
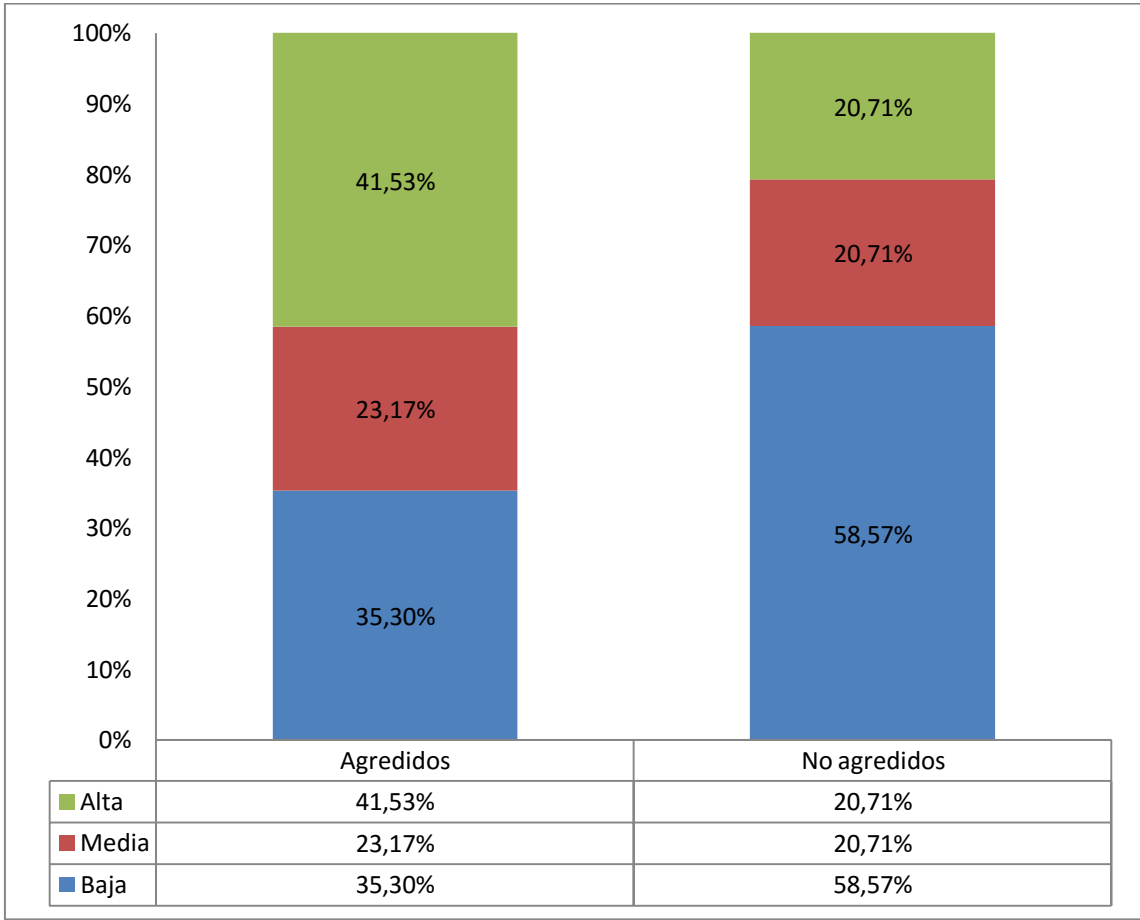


Tabla 45. Relación Agresiones - Despersonalización.

			Despersonalización			Total
			Baja (≤5)	Media (6-9)	Alta (≥10)	
¿Has sufrido violencia o maltrato en tu lugar de trabajo en el último año?	Sí	Recuento	29	19	34	82
		% dentro de Despersonalización	22,7%	35,2%	49,3%	32,7%
	No	Recuento	99	35	35	169
		% dentro de Despersonalización	77,3%	64,8%	50,7%	67,3%
	Total	Recuento	128	54	69	251
		% dentro de Despersonalización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 48. Distribución según Despersonalización y Agresiones.



Variables sociodemográficas, agresiones y agotamiento emocional: El tipo de contrato, el lugar de trabajo, haber sufrido agresiones, lenguaje insultante, amenazas, comentarios sexistas o intimidación se relacionan con niveles altos de cansancio emocional. Los médicos que trabajan en la sanidad pública (un 77,3% de la muestra) están mayoritariamente en el grupo de agotamiento emocional bajo, seguido de los que están en el grupo de alto agotamiento emocional. Por el contrario los médicos que trabajan en la sanidad privada representan un porcentaje mayor en el grupo de agotamiento emocional bajo (29,3% de este grupo) que en el de agotamiento alto (13,9% del total de médicos de este grupo). Hay que considerar que el 77% de la muestra realiza su ejercicio profesional en la sanidad pública, por lo que estos médicos siempre estarán más representados en todas las subescalas. Con un análisis bivariante se comprueba que la probabilidad de tener un alto agotamiento emocional es mayor si se trabaja en la sanidad pública que en la privada.

Los médicos que han sufrido violencia o maltrato están en su mayoría dentro del grupo de agotamiento emocional alto o bajo, suponiendo un 23,3% y un 44,4% dentro de cada tramo de puntuación respectivamente. Por el contrario, los médicos que no han sufrido maltrato están muy representados en el grupo de agotamiento emocional bajo (76,7% de todos los médicos de este grupo), siendo la diferencia respecto a los agredidos en esta subescala mayor que en las otras y estadísticamente significativa.

Tabla 46. Variables sociodemográficas y Agresiones / Agotamiento emocional.

	Chi-cuadrado de Pearson	p-valor	¿Relacionado con agotamiento emocional alto?
Género	1,311(2)	0,519	No
Tipo de ejercicio (médico AP, urgencias, ...)	7,627(6)	0,267	No
Tipo de contrato (funcionario, estatutario, etc.)	22,693(12)	0,030	Sí
Lugar de trabajo (Pública o Privada)	7,247(2)	0,027	Si
Años de ejercicio	20,367(12)	0,060	No
Sufrido maltrato (si o no)	11,396(2)	0,003	Sí
Lenguaje insultante	11,695(2)	0,003	Sí
Gritos	4,841(2)	0,089	No
Amenazas	13,895(2)	0,001	Sí
Comentarios sexistas	11,516(2)	0,003	Si
Intimidación	11,919(2)	0,003	Sí
Acoso sexual	2,491(2)	0,288	No
Otro	18,824(10)	0,139	No
Denuncia (si o no)	7,829(2)	0,020	Sí

Tabla 47. Relación Lugar de Trabajo - Agotamiento emocional.

			Agotamiento emocional			
			Bajo (≤ 18)	Medio(19- 26)	Alto (≥ 27)	Total
¿Trabajas en la Sanidad Pública o Privada?	Pública	Recuento	94	38	62	194
		% dentro de Agotamiento emocional	70,7%	82,6%	86,1%	77,3%
	Privada	Recuento	39	8	10	57
		% dentro de Agotamiento emocional	29,3%	17,4%	13,9%	22,7%
	Total	Recuento	133	46	72	251
		% dentro de Agotamiento emocional	100%	100%	100%	100%

Gráfico 49. Distribución según Agotamiento emocional y Lugar de ejercicio.

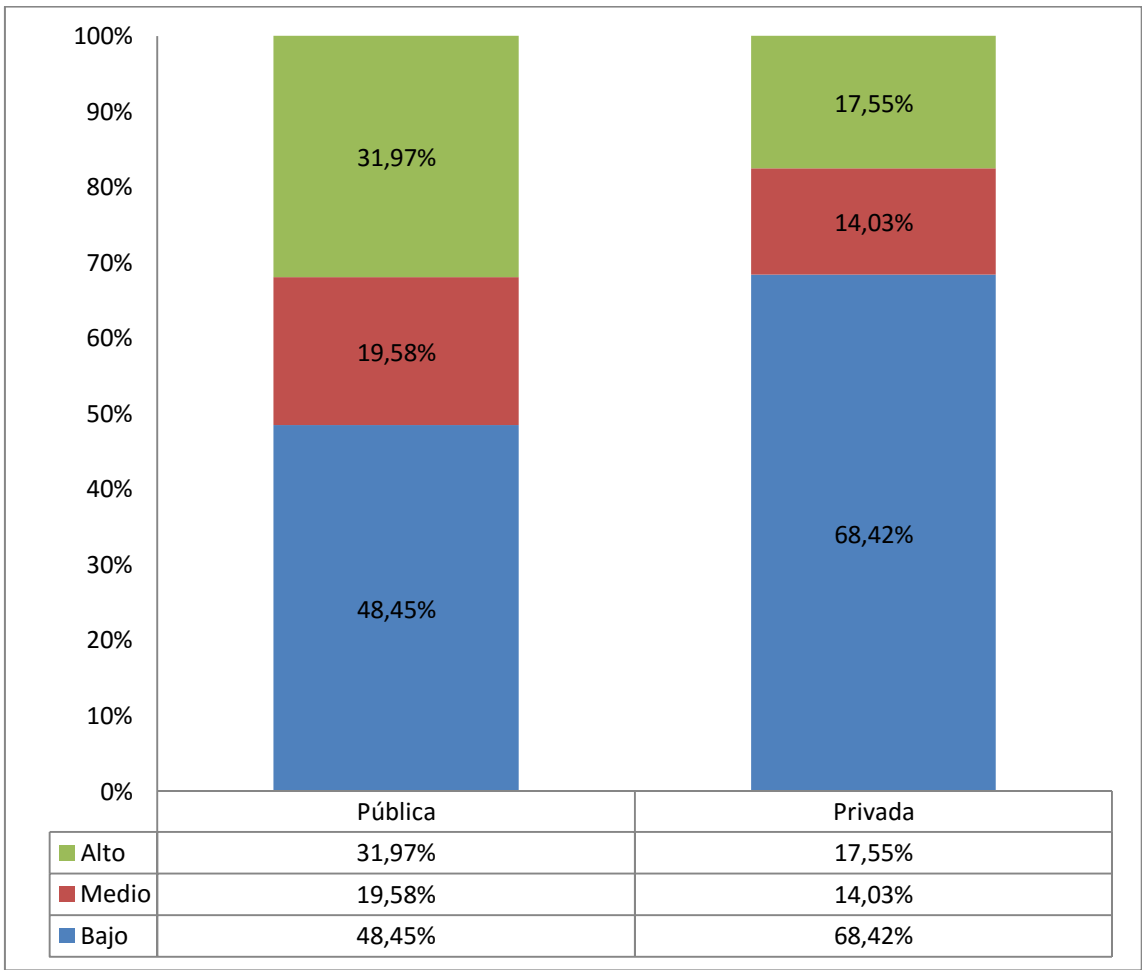
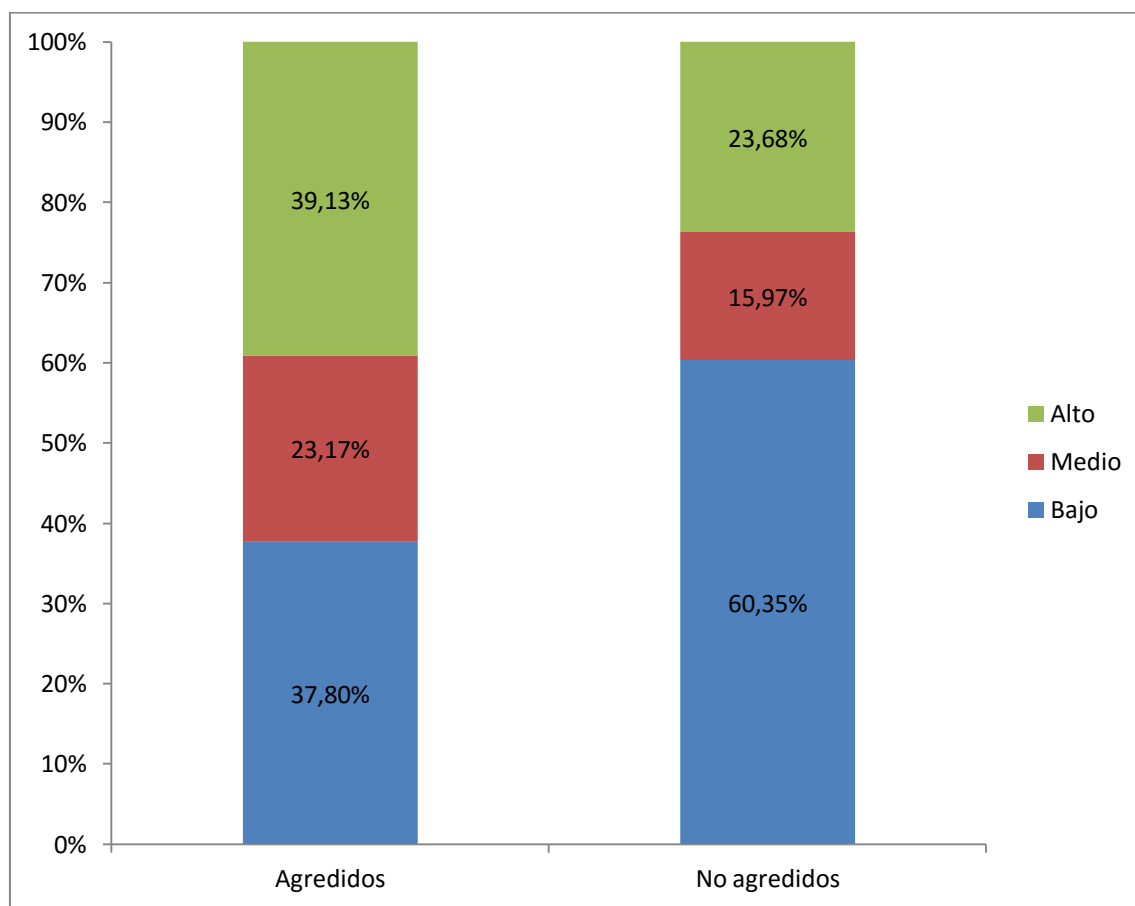


Tabla 48. Relación agresiones - Agotamiento emocional.

			Agotamiento emocional			
			Bajo (≤ 18)	Medio (19-26)	Alto (≥ 27)	Total
¿Has sufrido violencia o maltrato en tu lugar de trabajo en el último año?	Sí	Recuento	31	19	32	82
		% dentro de Agotamiento emocional	23,3%	41,3%	44,4%	32,7%
	No	Recuento	102	27	40	169
		% dentro de Agotamiento emocional	76,7%	58,7%	55,6%	67,3%
	Total	Recuento	133	46	72	251
		% dentro de Agotamiento emocional	100%	100%	100%	100%

Gráfico 50. Distribución según Agotamiento emocional y Agresiones.



Ítem de GHQ-12: Al plantear si la Media de puntuación para el ítem del GHQ-12 “¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?” (que como se ha visto, es el que presenta la Media de puntuación más alta en el grupo de riesgo y en el de no riesgo de enfermedad mental), mediante la prueba ANOVA se observa que a un nivel de confianza del 95% las Medias de la variable según el grado de realización personal son diferentes ($p\text{-valor}=0,000$). En este sentido, existen diferencias significativas entre los que grupos realización personal media y alta y realización personal baja y alta (entre los grupos baja y media no hay diferencias).

Tabla 49. Media para el ítem en el grupo Realización personal

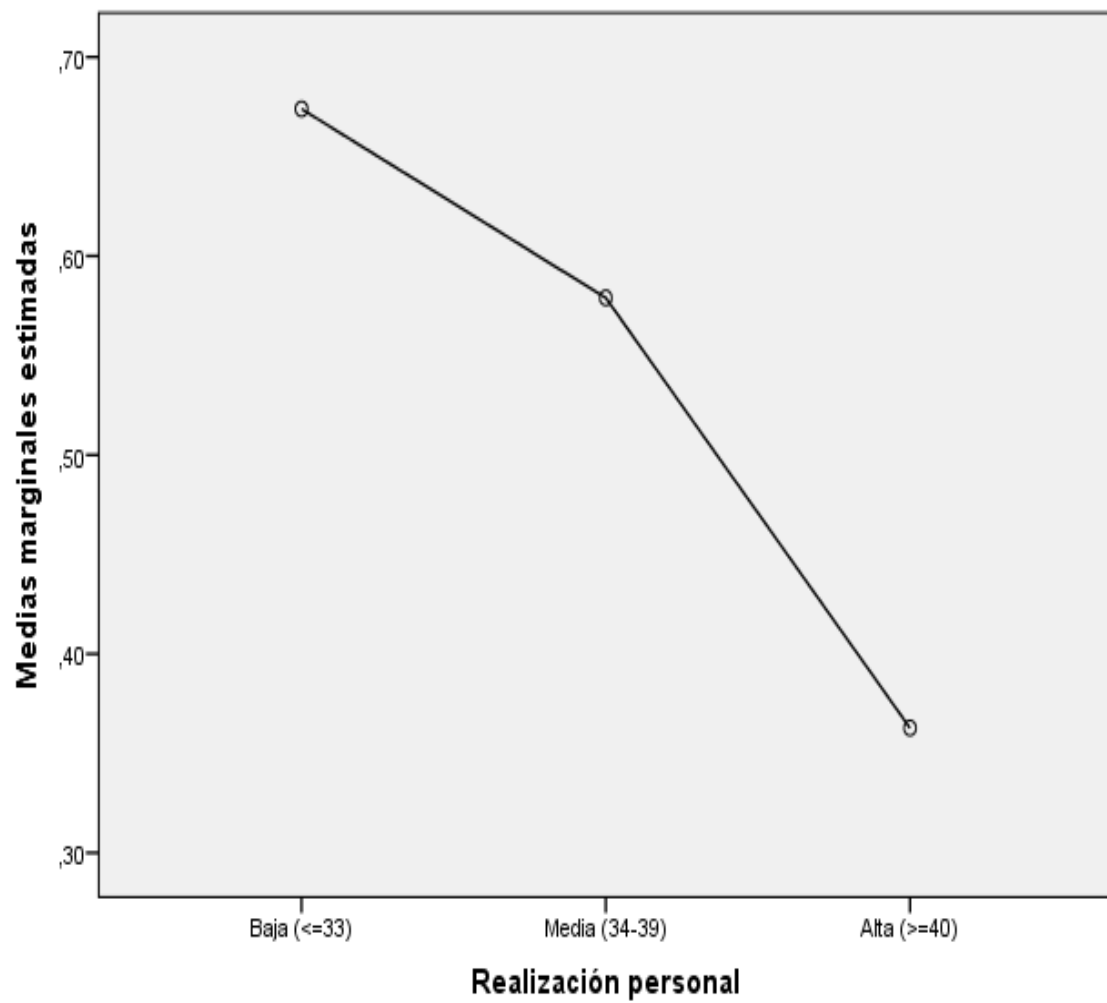
Realización personal	Media	Desviación típica	N
Baja (≤ 33)	0,6739	0,47135	92
Media (34-39)	0,5789	0,49812	57
Alta (≥ 40)	0,3627	0,48317	102
Total	0,5259	0,50033	251

Tabla 50. Diferencia de Medias en el grupo Realización personal.

(I) Realización personal	(J) Realización personal	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Baja (≤ 33)	Media (34-39)	0,0950	0,0813	,732	-0,1010	0,2909
	Alta (≥ 40)	0,3112	0,0693	,000	0,1440	0,4783
Media (34-39)	Baja (≤ 33)	-0,0950	0,0813	,732	-0,2909	0,1010
	Alta (≥ 40)	0,2162	0,0797	,022	0,0240	0,4085
Alta (≥ 40)	Baja (≤ 33)	-0,3112	0,0693	,000	-0,4783	-0,1440
	Media (34-39)	-0,2162	0,0797	,022	-0,4085	-0,0240

Ilustración 4. Diferencia de medias para realización personal e ítem GHQ-12.

Medias marginales estimadas de ¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?



Mediante la prueba ANOVA, se observa que a un nivel de confianza del 95% las medias de la variable “¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?” según el grado de despersonalización son diferentes ($p\text{-valor}=0,000$). En este sentido, existen diferencias significativas entre los 3 grupos a un 90% de confianza. De este modo, a mayor nivel de despersonalización mayor Media toma la variable “¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?”.

Tabla 51. Media de puntuación en el grupo de Despersonalización.

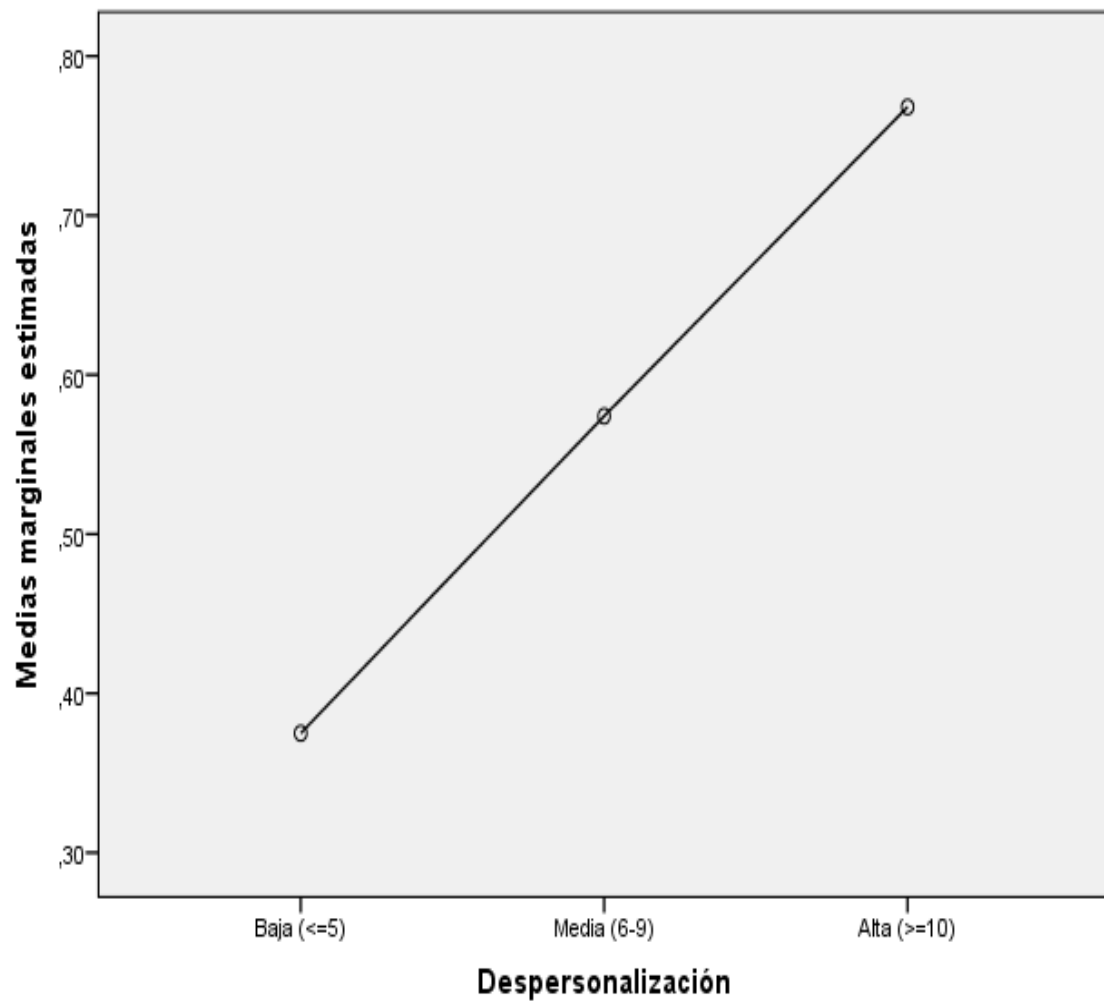
Despersonalización	Media	Desviación típica	N
Baja (≤ 5)	0,3750	0,48603	128
Media (6-9)	0,5741	0,49913	54
Alta (≥ 10)	0,7681	0,42513	69
Total	0,5259	0,50033	251

Tabla 52. Diferencia de Medias en el grupo Despersonalización.

(I)Despersonalización	(J)Despersonalización	Diferen. de medias (I- J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Baja (≤ 5)	Media (6-9)	-0,1991	0,0803	,044	-0,3943	-0,0038
	Alta (≥ 10)	-0,3931	0,0668	,000	-0,5544	-0,2318
Media (6-9)	Baja (≤ 5)	0,1991	0,0803	,044	0,0038	0,3943
	Alta (≥ 10)	-0,1940	0,0850	,072	-0,4004	0,0123
Alta (≥ 10)	Baja (≤ 5)	0,3931	0,0668	,000	0,2318	0,5544
	Media (6-9)	0,1940	0,0850	,072	-0,0123	0,4004

Ilustración 5. Diferencia de medias para despersonalización e ítem GHQ-12.

Medias marginales estimadas de ¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?



Mediante la prueba ANOVA, se observa que a un nivel de confianza del 95% las medias de la variable “¿te has sentido constantemente agobiado y en tensión?” (considerando este ítem como variable dependiente) según el grado de agotamiento emocional son diferentes ($p\text{-valor}=0,000$). En este sentido, existen diferencias significativas entre los que grupos agotamiento emocional bajo y medio y agotamiento emocional baja y alta (entre los grupos media y alta no ha diferencias).

Tabla 53. Media de puntuación en el grupo de agotamiento emocional.

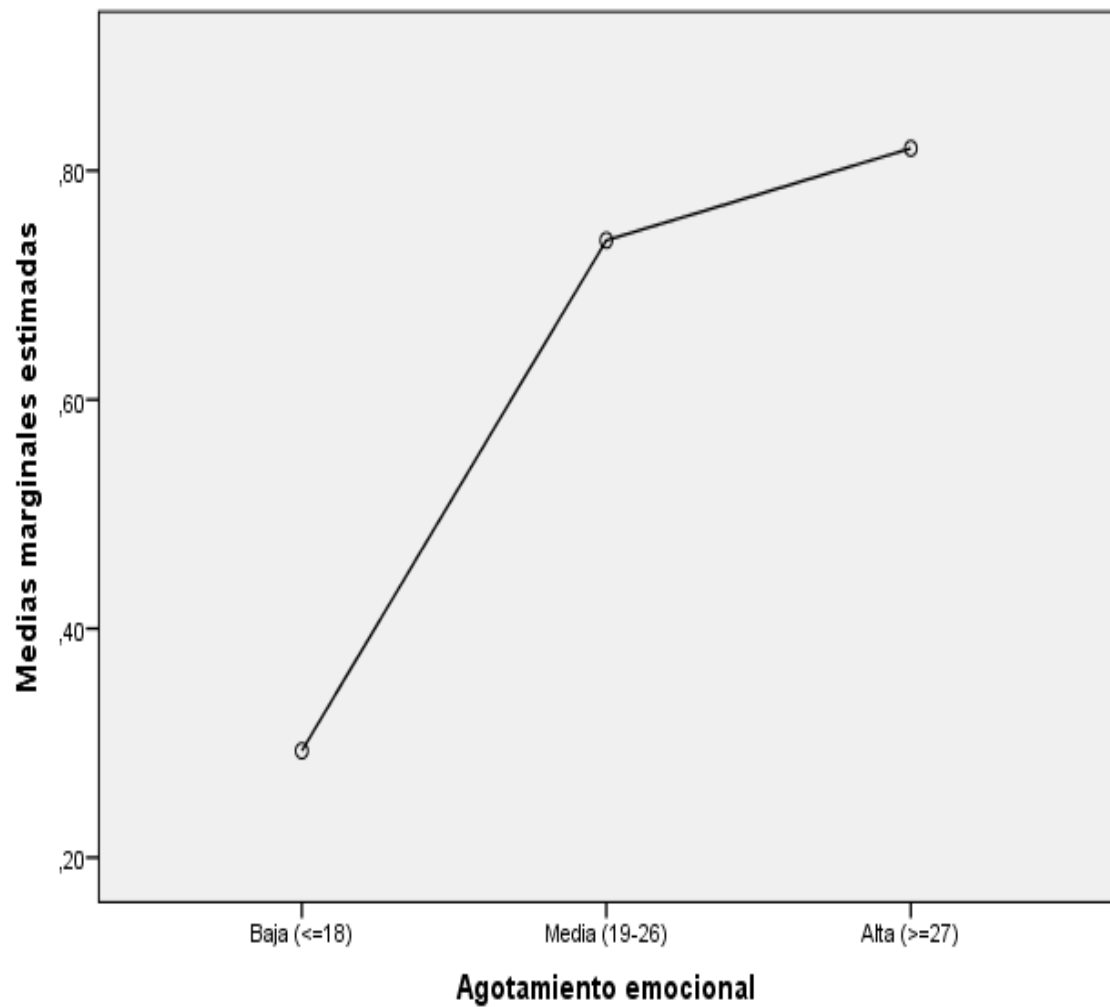
Agotamiento emocional	Media	Desviación típica	N
Baja (≤ 18)	0,2932	0,45697	133
Media (19-26)	0,7391	0,44396	46
Alta (≥ 27)	0,8194	0,38735	72
Total	0,5259	0,50033	251

Tabla 54. Diferencia de Medias en el grupo de agotamiento emocional.

(I)Agotamiento emocional	(J)Agotamiento emocional	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Baja (≤ 18)	Media (19-26)	-0,4459	0,0765	,000	-0,6325	-0,2593
	Alta (≥ 27)	-0,5262	0,0604	,000	-0,6720	-0,3804
Media (19-26)	Baja (≤ 18)	0,4459	0,0765	,000	0,2593	0,6325
	Alta (≥ 27)	-0,0803	0,0798	,681	-0,2746	0,1140
Alta (≥ 27)	Baja (≤ 18)	0,5262	0,0604	,000	0,3804	0,6720
	Media (19-26)	0,0803	0,0798	,681	-0,1140	0,2746

Ilustración 6. Diferencia de Medias agotamiento emocional e ítem GHQ-12.

Medias marginales estimadas de ¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?



5. DISCUSIÓN

Al analizar el trabajo de investigación descrito, en primer lugar realizaremos un análisis de los sesgos que contiene el mismo.

El primer sesgo se produce porque no se ha realizado un muestreo estratificado para elegir la población a la que se ha dirigido la encuesta. En futuras publicaciones que deriven de la presente línea de investigación este sesgo deberá ser considerado, de forma que los resultados del análisis inferencial puedan extrapolarse de manera más acertada a la población diana (médicos colegiados en la provincia de Málaga). Un ejemplo: en este trabajo los médicos de 26 años o más de ejercicio son los que más han respondido a la encuesta (35%). Habría que comprobar si este grupo de población se corresponde con la distribución según años de experiencia del total de médicos de Málaga. Los datos disponibles en el INE⁴¹ a nivel andaluz afirman que un 43,3% de los médicos colegiados tienen 55 o más años, lo que aproximadamente equivale a tener 26 años o más de experiencia. Curiosamente, la hipótesis inicial era que la tasa de respuesta en los médicos de más edad sería más baja, por el menor uso de las nuevas tecnologías (internet) que se les presupone. Una posible explicación es que los médicos de esta franja están más interesados en las noticias del COMMálaga, y por tanto accedieron a la encuesta en mayor número, que los colegiados más jóvenes. Además de la edad, que la mayor tasa de respuesta haya correspondido a médicos que trabajan en el ámbito hospitalario y no en Atención Primaria (siendo este el colectivo más numeroso de colegiados), dificulta también la inferencia en algunos aspectos, como es el de las agresiones, las cuales tienen lugar fundamentalmente en Atención Primaria y Urgencias.

Otro sesgo a considerar es el “efecto del voluntario”, que implica que aquellos médicos que han padecido o padecen algunos de los problemas objeto de investigación en este trabajo tienden a responder más. Este sesgo se contrapone al sesgo de memoria, que afectaría fundamentalmente al apartado de agresiones por abarcar un mayor espacio de tiempo. La personalidad del médico influye en las respuestas de este apartado de agresiones, e implica que un mismo comentario pueda no ser tenido en cuenta o considerarse una agresión verbal, a modo de ejemplo. Otro sesgo ya señalado en el Capítulo 3 es que el envío masivo de correos electrónicos con el mismo contenido es considerado spam por muchos servidores, modificando la población que potencialmente recibe la encuesta en función del servidor de correo electrónico del que se disponga.

Respecto a la casuística del PAIME en Málaga, si bien no permite realizar inferencias por su número reducido de pacientes, nos permite tener una visión de la situación del programa en la provincia respecto al resto de España. Hay factores que son comunes: el grupo de edad más atendido es el de médicos entre los 51 y los 60 años (51-66 años en los formularios de Málaga). El número de médicos casados es mayor en sendas estadísticas, aunque en 2014 en Málaga fue superado por el de médicos solteros. Los trastornos mentales per se son el motivo de demanda más frecuente, seguidos del consumo perjudicial de alcohol. Los médicos de Atención Primaria, los que más uso hacen del Programa tanto en España como en Málaga. Los médicos fijos son los que más uso hacen del PAIME tanto a nivel nacional como provincial.

En Málaga durante el año 2014 los médicos residentes atendidos fueron cuatro, frente a uno del año 2013. Una explicación congruente es que las charlas informativas en las sedes colegiales, centros de salud y centros hospitalarios de la provincia impartidas por el Dr. Manuel García del Río (Secretario del COMMálaga y responsable del PAIME) ha llevado a un mayor conocimiento de los médicos MIR de este servicio, sirviendo para que los tutores los orienten a acudir al programa en caso de detectar la necesidad de ayuda. La implantación de la colegiación obligatoria para los sanitarios que ejercen en Andalucía no debe considerarse algo negativo, ya que supone el derecho a ser atendido en el PAIME, sirviendo como herramienta de prevención y ayuda a los colegiados en situación de vulnerabilidad.

Pese a que el planteamiento inicial del programa es el tratamiento de trastornos mentales graves y adicciones, la práctica diaria nos ha hecho ver que las demandas de atención no se corresponden con este perfil de pacientes. Además de atender a médicos con problemas en teoría más livianos (ansiedad, problemáticas de relación laboral, burnout...), otro dato interesante es que médicos ya jubilados solicitan ser atendidos en nuestro Colegio. Esto no sería posible según el modelo PAIME original, orientado a la reinserción laboral de médicos en activo. Pese a esta peculiaridad, en ningún caso se les ha negado atención a estos facultativos que ya no ejercen su actividad. Estos datos tienen que hacer replantearse de forma general el modelo de atención actual.

Respecto al estudio de base poblacional realizado mediante el cuestionario enviado por correo electrónico, un 52,2% opina que no existe un problema de violencia o maltrato por parte de los pacientes, frente al 47,9% que piensa que sí (mucho o un poco). El 32,7% han sufrido alguna forma de violencia o maltrato en el último año, lo

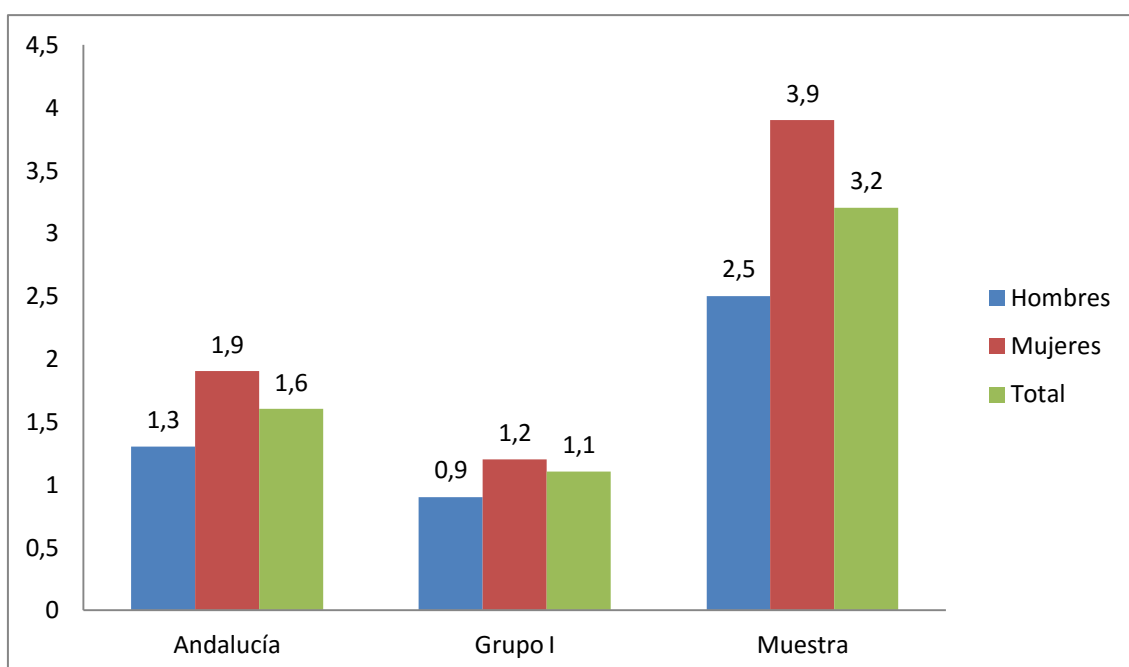
que supone un 10% más que en la Encuesta de Agresiones del Observatorio Andaluz⁷⁶, prácticamente el mismo porcentaje que en el estudio realizado por el Colegio de Médicos de Barcelona en 2004⁷⁰ (33%), e inferior al 48,9% de la encuesta de la BMA⁶⁹. Mientras que en estas encuestas se señaló la insatisfacción con el servicio recibido como el principal motivo de la agresión, en nuestro trabajo se consideró que fue la existencia de problemas de salud o personales en el paciente. Se descubre que un 40,2% de los que han sufrido violencia pertenecen al grupo de riesgo para padecer alguna patología mental. No se ha encontrado relación entre el género y haber sufrido agresiones, aunque los comentarios sexistas (cuando tuvieron lugar) sólo fueron dirigidos a mujeres médicos, según las respuestas del cuestionario.

Al tratar el tema de la salud mental, el 44,6% (112) de los médicos que respondieron a la encuesta supondrían población de riesgo. Estos datos de prevalencia son similares a los hallados por Diéguez en su trabajo sobre médicos MIR de Málaga y Córdoba (46%)³⁰. Aunque algunos estudios han encontrado mayor riesgo para los médicos de Atención Primaria⁵⁶ dicha asociación no se encuentra en nuestro trabajo, puesto que no hay diferencias estadísticamente significativas entre especialidades. No se encontraron diferencias significativas en la distribución de morbilidad psiquiátrica según variables sociodemográficas, ni con los años trabajados o tipo de centro.

En nuestro trabajo se corrobora la hipótesis inicial, basada en otros trabajos, de que Se las mujeres médicos tienen una peor salud mental que sus colegas hombres^{45,47,117-119}. Presentan una Media de puntuación más alta en el GHQ-12 ($p=0,002$), y están más representadas en el grupo de riesgo para sufrir algún trastorno mental. Al comparar estos datos con la ENSE 2011, se comprueba que la salud mental de los médicos es

considerablemente peor que la de la población andaluza y que la población nacional de referencia (Grupo I de ocupación, según las categorías de la ENSE)⁹². Así, la Media de puntuación en toda nuestra muestra es de 3,25 (IC 95% 3,7-2,82), siendo la correspondiente a Andalucía de 1,6 (1,3 para los hombres y 1,9 para las mujeres). Si nos atenemos a la ocupación, la Media total es de 1,1 (0,9 para hombres y 1,2 para mujeres). Con el aumento de mujeres que se dedican a la Medicina, y previendo que en unos años serán la mayoría de facultativos en activo, este dato debe ser tenido muy en cuenta, ya que supone que la población sanitaria tendrá una salud mental peor de lo esperado por sus características demográficas. Sería de gran interés poder desarrollar programas en nuestro medio que atiendan las necesidades específicas de esta población.

Gráfico 51. Comparativa de Media de puntuaciones GHQ-12 en Andalucía, en el Grupo I de Población en España y en la muestra.



Al tratar el burnout, un 28,7% presentaría alto agotamiento emocional, un 28% alta despersonalización y un 36,7% realización personal baja. Los porcentajes son más bajos en agotamiento emocional y despersonalización, pero peores en realización personal que en otros estudios⁴.

Se observa que a puntuaciones más altas de GHQ-12 (peor salud mental), los niveles de cansancio emocional y despersonalización son más altos, y más bajos lo de realización personal, siendo este resultado estadísticamente significativo. Estos hallazgos coinciden con los del trabajo de Esteva⁴. Las mujeres tienen puntuaciones más bajas en realización personal, aunque a priori la diferencia no es significativa. En este punto hay trabajos que encuentran diferencias entre géneros y otros que tampoco hallaron diferencias¹¹⁸. No obstante, no es posible determinar si el hecho de presentar peor salud mental es una consecuencia o una causa de tener más riesgo de sufrir burnout, al ser un trabajo transversal.

Los médicos agredidos tienen puntuaciones más bajas en realización personal y más elevadas en despersonalización y agotamiento emocional, siendo estas relaciones estadísticamente significativas. Lógicamente en este punto se puede inferir que la agresión es la que condiciona el burnout, y no al revés. Aunque no es descartable que haya casos en los que la presencia previa de burnout conlleve una dificultad para el manejo de situaciones estresantes o de pacientes complejos (no siendo la posible agresión justificable de ninguna de las maneras, en cualquier caso).

El lugar de ejercicio condiciona el agotamiento emocional, que es mayor en los médicos de la sanidad pública, siendo estadísticamente significativo. Hay trabajos que relacionan la satisfacción laboral con el burnout, lo que puede ser equiparable a este hallazgo⁵⁹.

Existe también una correlación directa entre las puntuaciones en MBI y el ítem de GHQ-12 “¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?”. A más Media en el ítem, mayor agotamiento emocional y despersonalización y menos realización personal. Como ya se señaló al relacionar las puntuaciones totales de GHQ-12 y de MBI, no es posible determinar la relación causa – efecto entre el burnout y la peor salud mental de los médicos que lo sufren. Que esa relación existe es un hecho, pero quedaría por determinar la secuencia temporal en la que se produce. Este puede ser otro campo de interés en futuras publicaciones derivadas de este trabajo.

Hay que recalcar que la intención de este trabajo ha sido constituir una aproximación inicial a la problemática del médico enfermo en nuestra provincia, más que querer extrapolar los datos obtenidos a la población diana. La idea fundamental es ser el inicio de un grupo de trabajo dinámico, que pueda detectar las áreas de más interés o conflicto y sirviendo de primer paso para el desarrollo de programas orientados a ayudar a nuestros compañeros que puedan necesitarlo, no sólo desde la perspectiva humanista, sino con todo el rigor científico que sea posible.

6. CONCLUSIONES

1. El Programa PAIME es una gran iniciativa de la Organización Médica Colegial, que mejora la calidad de vida de los médicos.
2. El desarrollo del Programa PAIME es muy desigual en el territorio nacional, con excepciones: específicamente, nuestro Colegio Oficial de Médicos ha iniciado un profundo proceso de estructuración con redefinición de sus objetivos.
3. Los resultados asistenciales de nuestro Programa PAIME, nos han permitido detectar que el planteamiento inicial del mismo (adecuado en el momento de su implantación), se ha visto superado por la evolución de la profesión médica, y no recoge sus necesidades actuales.
4. Con el objeto de identificarlas hemos desarrollado un proyecto de investigación de base poblacional, cuyos resultados detectan que:
 - La salud mental de los médicos es peor que la de la población general de referencia (andaluza y española).
 - La mujer médico tiene peor salud mental que sus compañeros varones.
 - Las agresiones son un problema que preocupa a un buen número de facultativos, asociándose a peor salud mental y niveles más elevados de burnout.
 - Los médicos que ejercen en la sanidad pública tienen más burnout que aquellos que trabajan en las consultas privadas.

5. Los resultados del presente estudio (una vez se hayan elevado a definitivos tras corregir los sesgos detectados) harán necesario el desarrollo de estrategias de prevención e intervención PAIME orientadas hacia los colectivos especialmente vulnerables identificados: la mujer médico (sobre todo teniendo en cuenta la creciente feminización de la profesión), el médico agredido, y el efecto de “burnout”.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Duffy JC. The emotional health of physicians. *Ann Intern Med.* 1968;69(6):1319-1322.
2. Waring EM. Psychiatric illness in physicians: a review. *Compr Psychiatry.* 1974;15(6):519-530.
3. Murray RM. Psychiatric illness in doctors. *Lancet.* 1974;1(7868):1211-1213.
4. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp.* 2006;206(2):77-83.
5. Aguilar Shea AL, Vera Garcia M, Outomuro Cadavid A, Cabrera Velez R, Martin Diaz M, Bernardo Fernandez T. La salud de los medicos de familia: ¿practicamos lo que predicamos? *Aten Primaria.* 2011;43(6):305-311.
6. Delgado A, Saletti-Cuesta L, López-Fernández LA, Toro-Cárdenas S. Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía. *Gac Sanit.* 2013;27(6):508-515.
7. Bourne T, Wynants L, Peters M, et al. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2015;5(1):e006687.
8. Levin S, Aronsky D, Hemphill R, Han J, Slagle J, France DJ. Shifting toward balance: measuring the distribution of workload among emergency physician teams. *Ann Emerg Med.* 2007;50(4):419-423.
9. Defoe DM, Power ML, Holzman GB, Carpentieri A, Schulkin J. Long hours and little sleep: work schedules of residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2001;97(6):1015-1018.

10. Firth-Cozens J, Cording H. What matters more in patient care? Giving doctors shorter hours of work or a good night's sleep? *Qual Saf Health Care*. 2004;13(3):165-166.
11. Brooke D, Edwards G, Taylor C. Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. *Br J Addict*. 1991;86(8):1011-1016.
12. Christie JD, Rosen IM, Bellini LM, et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA*. 1998;280(14):1253-1255.
13. Merlo LJ, Gold MS. Prescription opioid abuse and dependence among physicians: hypotheses and treatment. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16(3):181-194.
14. Garelick AI, Gross SR, Richardson I, von der Tann M, Bland J, Hale R. Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Med*. 2007;5:26.
15. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med*. 1992;7(4):424-431.
16. Weiner E, Swain G, Gottlieb M. Predictors of psychological well-being among physicians. *Families Systems Health*. 1998;16(419-430).
17. Hayasaka Y, Nakamura K, Yamamoto M, Sasaki S. Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors. *Ind Health*. 2007;45(6):781-786.
18. Boisaubin EV, Levine RE. Identifying and assisting the impaired physician. *Am J Med Sci*. 2001;322(1):31-36.
19. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med*. 1972;287(8):372-375.

20. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ.* 2005;5:21.
21. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry.* 1987;144(12):1561-1566.
22. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Fundación Galatea; 2009.
23. Reuben DB. Psychologic effects of residency. *South Med J.* 1983;76(3):380-383.
24. Martin AR. Stress in residency: a challenge to personal growth. *J Gen Intern Med.* 1986;1(4):252-257.
25. Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. *Arch Intern Med.* 1988;148(6):1428-1435.
26. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA.* 2005;294(10):1189-1191.
27. Menéndez González M, Ryan Murúa P, García Salaverri B. Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Arch Med.* 2005(12):2-15.
28. Fernández Martínez O, García Del Río García B, Hidalgo Cabrera C, López López C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia (And).* 2007;2:11-18.
29. Granada Jiménez O, Morales Socorro M, López-Ibor Aliño J. Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38:65-71.

30. Diéguez García M. Research protocol: Health of resident physicians in Andalusia. Trabajo de fin de máster "New advancements in diagnostic, therapy and biomedical research". Universidad de Málaga. 2013.
31. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organisation. Geneva.2014.
32. Defunciones según la Causa de Muerte 2013. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en www.ine.es.
33. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(5):296-300.
34. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295-2302.
35. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*. 1996;168(3):274-279.
36. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de Salud. 2010.
37. Mingote Adán JC, Crespo Hervás D, Hernández Álvarez M, Navío M, Rodrigo García-Pando C. Prevención del suicidio en médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2013;59:176-204.
38. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003;289(23):3161-3166.

39. Ortiz Gómez T. La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea. El caso de Andalucía (1898-1981). *Dynamis*. 1985-1986;5-6:343-366.
40. Encuesta de Enseñanza Universitaria 2010-2011. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en www.ine.es. 2012.
41. Profesionales Sanitarios Colegiados 2014. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en www.ine.es. 2015.
42. Women and medicine. The future. London: Royal College of Physicians; 2009.
43. Rohlf I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Fundación Galatea. 2007.
44. Delgado A, Saletti-Cuesta L, Lopez-Fernandez LA, de Dios Luna Jde D, Mateo-Rodriguez I. Gender and the professional career of primary care physicians in Andalusia (Spain). *BMC Health Serv Res*. 2011;11:51.
45. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med*. 2000;15(6):372-380.
46. Stewart DE, Ahmad F, Cheung AM, Bergman B, Dell DL. Women physicians and stress. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(2):185-190.
47. Fernández-Prada M, González-Cabrera J, Torres G, Iribar-Ibabe C, Peinados-Herrero J. Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. *Rev Med Chil*. 2014;142(2):193-198.
48. Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T. Women in medicine--is there a problem? A literature review of the changing gender

composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ.* 2007;41(1):39-49.

49. Bruguera M, Gómez-Durán E, Arrizabalaga P, Arimany-Manso J. Reclamaciones por presunta malapraxis. ¿Existen diferencias entre médicos varones y mujeres? *Med Clin (Barc)*. 2014;143(9):420-421.
50. Freudenberger H. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-165.
51. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):1-8.
52. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. / Christina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter. ed. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press; 1996.
53. Seisdedos N. *Manual MBI, Inventario "Burnout" de Maslach*. TEA Ediciones; 1997.
54. Gramstad TO, Gjestad R, Haver B. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Med Educ*. 2013;13:150.
55. Olmedo Montes M, Santed Germán M, Jiménez Tornero R, Gómez Castillo M. El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*. 2001;22:117-129.
56. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, et al. Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(6):295-300.
57. McCranie EW, Brandsma JM. Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behav Med*. 1988;14(1):30-36.
58. Cebrià J, Segura J, Corbella S, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;27(7):459-468.

59. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008;22(4):300-308.
60. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria.* 2003;31(9):564-571.
61. Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *SEMERGEN- Medicina de Familia.* 2014;40(7):357-365.
62. Esteva M, Larraz C, Jimenez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp.* 2006;206(2):77-83.
63. García-Rodríguez A, Gutiérrez-Bedmar M, Bellón-Saameño J, Muñoz-Bravo C, Fernández-Crehuet Navajas J. Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Aten Primaria.* 2015;47(6):359-366.
64. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE. 31 de marzo de 2015. Página 27078.
65. Real Academia Española de la Lengua. Consultado en www.rae.es.
66. Krug EG. *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002.
67. Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. *Revista Bioética.* 2010;18(2):263-274.

68. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ*. 1991;302(6772):329-332.
69. BMA survey of violence in the workplace in Northern Ireland. Health Policy & Economic Research Unit. British Medical Association; 2010.
70. COMB. Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos. *Quaderns de la bona praxi*. 2004;17(6).
71. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed M, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc.)*. 2007(8):307-310.
72. Moreno Jiménez M, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey F, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salido M. Análisis de la violencia del paciente en primaria. *Aten Primaria*. 2005;156(3):152-158.
73. Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucerna Méndez MÁ. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2013;59:235-258.
74. Rodríguez Sendín JJ, Muñoz García de la Pastora M, Bercerra Becerra JA, et al. Agresiones. Organización Médica Colegial de España; 2009.
75. Organización Médica Colegial. Estudio de Agresiones a Médicos. Año 2014.
76. Encuesta de Agresiones. Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. 2010.
77. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Eval Health Prof*. 2005;28(2):212-232.

78. Avanesi Molina E, Sánchez Luque JJ, Téllez Montiel F, Belmonte Gómez R, Pena Andreu JM. CACM Observatory: Doctors'experience of workplace violence in Andalusia. EAPH 2nd Annual Meeting. Barcelona, 1-3 Diciembre. 2010.
79. Avanesi Molina E, Sánchez Luque JJ, Téllez Montiel F, Belmonte Gómez R, Pena Andreu JM. CACM Observatory: Doctors'perceptions of workplace violence in Andalusia. EAPH 2nd Annual Meeting. Barcelona, 1-3 Diciembre. 2010.
80. Pérez Lorente J, Jiménez Sánchez A, Sánchez Luque J. Agresiones a Médicos de la provincia de Málaga que denuncian a través del Colegio de Médicos. Aproximación a las repercusiones laborales. Trabajo de fin de máster. 2011.
81. Gómez González C, Fernández-Crehuet Navajas J. Estudio de agresiones a médicos y sus repercusiones laborales. Trabajo de fin de máster. Programa Oficial de Posgrado en Prevención de Riesgos Laborales. 26 de junio de 2013.
82. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*. 2001;323(7315):728-731.
83. Iversen A, Rushforth B, Forrest K. How to handle stress and look after your mental health. *BMJ*. 2009;338:b1368.
84. Strang J, Wilks M, Wells B, Marshall J. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *BMJ*. 1998;316(7129):405-406.
85. Hassan TM, Ahmed SO, White AC, Galbraith N. A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clin Med*. 2009;9(4):327-332.
86. Wallace JE. Mental health and stigma in the medical profession. *Health (London)*. 2012;16(1):3-18.

87. de la Fuente Darder B, Martínez Hens I, Sánchez Alcaraz F, et al. Guía PAIME. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Fundación para la Protección Social de la OMC; 2013.
88. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Julio, 2011.
89. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Datos de Evolución 1998-2014. Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias. VI Congreso PAIME, Cáceres. 16 y 17 Abril, 2015.
90. Sánchez-Candamio Méndez M, del Valle Gómez A. *Estudi sobre les necessitats dels professionals de la Medicina relacionades amb el moment de la jubilació. Catalunya, 2005. Fundació Galatea. 2006.*
91. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, et al. Estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de Medicina de Cataluña. Fundación Galatea. 2012.
92. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Metodología. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.
93. Hewitt CE, Perry AE, Adams B, Gilbody SM. Screening and case finding for depression in offender populations: a systematic review of diagnostic properties. *J Affect Disord.* 2011;128(1-2):72-82.
94. Muñoz Rodríguez P. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). Anales del Fondo de Investigación Sanitaria 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1993: 221.

95. Pini S, Berardi D, Rucci P, et al. Identification of psychiatric distress by primary care physicians. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19(6):411-418.
96. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-197.
97. Cano A, Sprafkin RP, Scaturro DJ, Lantinga LJ, Fiese BH, Brand F. Mental Health Screening in Primary Care: A Comparison of 3 Brief Measures of Psychological Distress. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3(5):206-210.
98. McCabe CJ, Thomas KJ, Brazier JE, Coleman P. Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *Br J Psychiatry*. 1996;169(4):516-521.
99. Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W. Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(7):360-366.
100. Esteban M, Puerto M, Fernández Cordero X, Jiménez García R, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V. Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *An Sist Sanit Navar*. 2012;35(2):229-240.
101. Tresserras-Gaju R, Medina-Bustos A, Mompart-Penina A, Molina-Parrilla C, Jorda-Sampietro E. Riesgo individual y poblacional en salud mental en Cataluña. *Med Clin*. 2011;137 Suppl 2:16-21.
102. Encuesta de Salud de Canarias 2009. Metodología. Instituto Canario de Estadística. Disponible en <http://www.gobiernodecanarias.org/istac>.

103. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(20):771-776.
104. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-150.
105. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garín O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(19):726-735.
106. Sanchez-Lopez Mdel P, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008;20(4):839-843.
107. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2011;11(1):125-139.
108. Aguado J, Campbell A, Ascaso C, Navarro P, Garcia-Esteve L, Luciano JV. Examining the factor structure and discriminant validity of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) among Spanish postpartum women. *Assessment*. 2012;19(4):517-525.
109. Sanchez-Lopez MP, Lopez-Garcia JJ, Dresch V, Corbalan J. Sociodemographic, psychological and health-related factors associated with poor mental health in Spanish women and men in midlife. *Women Health*. 2008;48(4):445-465.
110. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract*. 1998;48(428):1059-1063.

111. Dowell AC, Hamilton S, McLeod DK. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners. *N Z Med J.* 2000;113(1113):269-272.
112. Dowell AC, Westcott T, McLeod DK, Hamilton S. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among New Zealand health professionals. *N Z Med J.* 2001;114(1145):540-543.
113. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth.* 2002;89(6):873-881.
114. Lert F, Chastang JF, Castano I. Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care.* 2001;13(6):763-778.
115. Fricker R, Schonlau M. Advantages and disadvantages of internet research surveys: evidence from literature. *Field Methods.* 2002;14:347-367.
116. Aerny Perreten N, Domínguez-Berjón MF, Astray Mochales J, Esteban-Vasallo MD, Blanco Ancos LM, Lópaz Pérez M. Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gac Sanit.* 2012;26(5):477-479.
117. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc).* 2005;125(3):103-107.
118. Linzer M, McMurray JE, Visser MR, Oort FJ, Smets E, de Haes HC. Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *J Am Med Womens Assoc.* 2002;57(4):191-193.
119. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, et al. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. 2001. *Health Care Manage Rev.* 2010;35(2):105-115.

8. ANEXOS.

ANEXO 1. FORMULARIO DE DATOS PAIME 2013.

A. DATOS ADMINISTRATIVOS: referidos únicamente a casos nuevos durante el año 2013.

1. Colegio Oficial de Médicos de:		
Consejo de Colegios Médicos de :		
2. Periodo:	2.1 Año	2013
3. Nº de casos nuevos del año 2013 en historia que acceden al PAIME por primera vez :		
4. Vías de acceso al Programa (ver ANEXO 1)	4.1 Voluntaria espontanea	
	4.2 Voluntaria inducida	
	4.3 Com. Confidencial	
	4.4 Denuncia formal	
5. Motivos de demanda	5.1 Trastorno mental	
	5.2 Alcoholismo	
	5.3 Drogas(especificar)	
	5.4 Patología dual	
6. Quién induce al médico enfermo a acudir al PAIME:	6.1 Iniciativa propia	
	6.2 Colega	
	6.3 Superior profesional	
	6.4 Psiquiatra	
	6.5 Familiar	
	6.6 Riesgos laborales	
	6.7 Gerencia	
	6.8 Otros (especificar)	
7. Especialidad médica	7.1 Medicina de Familia i/o Medicina General	
	7.2 Medicina Interna	
	7.3 Pediatría	
	7.4 Psiquiatría	
	7.5 Anestesia-intensivo	
	7.6 Traumatología	
	7.7 Ginecología	
	7.8 Cirugía General	
	7.9 Urgencias-emergencias intra/extrahospitalar.	
	7.10 Otras	
8. Edad	8.1 Menos de 30 años	
	8.2 De 31 a 40 años	
	8.3 De 41 a 50 años	
	8.4 De 51 a 60 años	
	8.5 Más de 61 años	
9. Sexo	9.1 Varón	
	9.2 Mujer	

10. Media de edad de cada sexo	10.1 Varones	
	10.2 Mujeres	
11. Estado civil	11.1 Soltero	
	11.2 Casado	
	11.3 Pareja de hecho	
	11.4 Separado	
	11.5 Divorciado	
	11.6 Viudo	
12. Ámbito de trabajo:	12.1 Rural (- 10.000 hb)	
	12.2 Urbano(+10.000 hb)	
13. Situación laboral del paciente nuevo al ingresar en el PAIME	13.1 Activo (todo aquel médico que está o puede estar ejerciendo la profesión)	
	13.1 .1	En paro
	13.1 .2	Trabaja
	13.1 .3	Baja laboral (ILT)
	13.1 .4	Inhabilitación profesional temporal
14. Tipo de relación laboral	14.1 Contrato fijo	
	14.2 Contrato temporal	
	14.3 Ejercicio libre (por cuenta propia)	
	14.4 Contrato laboral + Ejercicio libre	
15. Nº Contratos Terapéuticos	15.1 Firmados nuevos en 2012	
	15.2 En vigor (que permanecen en el PAIME)	

ANEXO 2. FORMULARIO DE DATOS PAIME 2014.

⇒ Situación paciente:

- ☐ Inicio en año 2014
- ☐ Reinicio en año 2014 tras alta o abandono anterior a 2013
- ☐ Continúa de años anteriores

⇒ Año de nacimiento:

⇒ Vía de acceso al programa:

- ☐ Voluntaria espontánea
- ☐ Voluntaria inducida
- ☐ Comunicación confidencial
- ☐ Denuncia formal
- ☐ No consta

⇒ Motivo de demanda:

- ☐ Trastorno mental
- ☐ Alcoholismo
- ☐ Drogas (especificar):
- ☐ Patología dual

⇒ Quien induce al médico enfermo a acudir al PAIME:

- ☐ Iniciativa propia
- ☐ Colega
- ☐ Superior profesional
- ☐ Psiquiatra
- ☐ Familiar
- ☐ Riesgos laborales
- ☐ Gerencia
- ☐ Otros:
- ☐ No consta

⇒ Especialidad: * ¿lista oficial especialidad?

- ☐ Medicina de Familia y/o M. General
- ☐ Medicina Interna
- ☐ Pediatría
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Anestesia-intensivo
- ☐ Traumatología
- ☐ Ginecología
- ☐ Cirugía General
- ☐ Urgencias emergencias intra/extrahospital
- ☐ Otras:
- ☐ No consta

⇒ **Género:**

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

⇒ Población de trabajo:

- ☐ < 10.000 habitantes. Rural
☐ > 10.000 habitantes. Urbano

⇒ Estado Civil:

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Pareja de hecho
- ☐ Separado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viudo
- ☐ No consta

⇒ **Situación Laboral al ingresar en PAIME*:**

- ☐ Activo:(todo aquel médico que está o puede estar ejerciendo la profesión)

Posibilidades

- ☐ En paro
☐ Trabaja
☐ Baja Laboral(ILT)
☐ Inhabilitación profesional temporal
☐ Incapacitado
☐ Jubilado
☐ No consta

⇒ **Situación Laboral tras tratamiento PAIME*:**

- ☐
- Activo:(todo aquel médico que está o puede estar ejerciendo la profesión)

Posibilidades

- ☐ En paro
 - ☐ Trabaja
 - ☐ Baja Laboral(ILT)
 - ☐ Inhabilitación profesional temporal
 - ☐ Incapacitado
 - ☐ Jubilado
 - ☐ No consta

⇒ Tipo de relación laboral:

- ☐ Contrato fijo
 - ☐ Contrato temporal
 - ☐ MIR <<<<<<<<<<<<
 - ☐ Ejercicio libre (por cuenta propia)
 - ☐ Contrato laboral + Ejercicio libre
 - ☐ No consta

⇒ **Contrato terapéutico firmado:**

- ☐ Si
- ☐ Firmado nuevo en 2014
 - ☐ En vigor (que permanecen en PAIME)
- ☐ No

⇒ **Lugar de trabajo: (*posibilidad de varias) <<<**

- ☐ Hospital
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Privada
- ☐ Otros:
- ☐ No consta

⇒ **Diagnóstico:**

- ☐ Abuso/dependencia de
 - ☐ Alcohol
 - ☐ Cocaína
 - ☐ Cannabis
 - ☐ Benzodiacepinas
 - ☐ Heroína
 - ☐ Otros opiáceos
 - ☐ Anfetaminas
 - ☐ Otros:
- ☐ Trastorno mental
 - ☐ Trastornos adaptativos
 - ☐ Trastornos del estado de ánimo
 - ☐ Trastorno de ansiedad
 - ☐ Trastornos de personalidad
 - ☐ Esquizofrenia y otros t. psicóticos
 - ☐ Otros trastornos:
 - ☐ Sin especificar
- ☐ Adicción conductual sin sustancia

Al rellenar “Abuso/dependencia de” y “Trastorno mental”, supondrá diagnóstico de patología dual

⇒ **Nº de consultas:**

- ☐ Psiquiatría nº:
- ☐ Adicciones nº:
- ☐ Psicológicas nº:

⇒ **Sesiones de grupo:**

- ☐ Sí, nº:
- ☐ No

⇒ **Caso complicado:**

- ☐ Sí
 - ☐ Riesgo de mala praxis
 - ☐ Conflictos en entorno laboral
 - ☐ Ha cambiado de centro de trabajo
- ☐ No
- ☐ No consta

⇒ **Tratamiento previo: <<<<**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No consta

⇒ **Lugar de ttº previo: (*posibilidad de varios)**

- ☐ Atención primaria
- ☐ Compañeros
- ☐ Automedicación
- ☐ Equipo drogodependencias
- ☐ Equipo de salud Mental<<
- ☐ Privada
- ☐ No consta

⇒ **Antecedentes personales psiquiátricos: (*posibilidad de varios)**

- ☐ No
- ☐ Trastornos de personalidad
- ☐ Abuso/dependencia de drogas
- ☐ Abuso/dependencia de alcohol
- ☐ Trastornos afectivos
- ☐ Trastorno mental grave
- ☐ No consta

⇒ **Ingreso Clínica Galatea en año 2014:**

- ☐ Sí: Días de estancia
- ☐ No

⇒ **Ingreso en centro distinto a C. Galatea en año 2014: Especificar**

- ☐ Sí: Días de estancia
- ☐ No

⇒ **Situación al finalizar el año 2014:**

- ☐ Continúa en tratamiento
- ☐ Alta clínica *
- ☐ No consta

⇒ ***Motivo de alta clínica:**

- ☐ Alta terapéutica
- ☐ Alta voluntaria (sin riesgo de praxis)
- ☐ Alta con seguimiento (1interv/6 meses)
- ☐ Alta administrativa
 - ☐ Expulsión
 - ☐ No ejercer más por:
 - ☐ Jubilación
 - ☐ Incapacidad permanente
 - ☐ Inhabilitación colegial
 - ☐ Abandono de la profesión
 - ☐ Rechazo del ttº (sin riesgo de praxis)
 - ☐ Derivación a otro recurso asistencial
 - ☐ Cambio domicilio (provincia o CCAA)
- ☐ Abandono (sin riesgo de praxis)
- ☐ Exitus (causa):

ANEXO 3. PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE AGRESIONES DE LA BMA INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

- **¿Piensas que existe un problema con respecto al nivel de violencia o maltrato por parte de los pacientes en tu actual lugar de trabajo?**

Sí mucho

Sí , un poco

En general, no

Nada en absoluto

- **¿Piensas que la violencia o el maltrato por parte de los pacientes ha aumentado desde el año pasado en tu lugar de trabajo?**

Ha aumentado

Ha disminuido

No ha cambiado

No existe

- **¿Has sufrido violencia o maltrato en tu lugar de trabajo en el último año?**

Sí / No

Si has respondido **Sí**, continúa con la siguiente pregunta. En caso contrario, pasa al siguiente apartado.

- **¿Has sufrido alguna de las siguientes formas de agresión verbal?**

Lenguaje insultante/ Gritos/ Amenazas / Comentarios sexistas/ Intimidación/ Acoso sexual/ Otros

- **¿Cuál crees que es el motivo del incidente?**

El agresor tiene problemas de salud o personales/ El agresor tiene historial violento o de abusos/ El agresor fue provocado (frustrado) / El agresor había consumido alcohol-drogas/ El agresor había recibido malas noticias/ No lo sé / Otro

- **¿Denunciaste el incidente?**

En el Colegio de Médicos / En la Administración Sanitaria / En el Juzgado o a las Fuerzas de Orden Público / Otros

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

(GHQ-12).

Últimamente:

- **¿Has podido concentrarte bien en lo que hacías?**

Mejor que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

- **¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?**

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

- **¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?**

Más útil que lo habitual

Igual que la habitual

Menos útil que lo habitual

Mucho menos útil que lo habitual

- **¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?**

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

- **¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?**

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

- **¿Has tenido la sensación de que no puedes superar tus dificultades?**

No en absoluto

No más que lo habitual

Algo más que lo habitual

Mucho más que la habitual

- **¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?**

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

- **¿Has sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?**

Más capaz que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos capaz que lo habitual

Mucho menos capaz que lo habitual

- **¿Te has sentido poco feliz o deprimido?**

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

- **¿Has perdido confianza en ti mismo?**

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

- **¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?**

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

- **¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?**

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que la habitual

Mucho menos que lo habitual

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE BURNOUT- MBI

- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
 - 0 = Nunca
 - 1 = Pocas veces al año o menos
 - 2 = Una vez al mes o menos
 - 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 - 4 = Una vez a la semana
 - 5 = Pocas veces a la semana
 - 6 = Todos los días

- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
 - 0 = Nunca
 - 1 = Pocas veces al año o menos
 - 2 = Una vez al mes o menos
 - 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 - 4 = Una vez a la semana
 - 5 = Pocas veces a la semana
 - 6 = Todos los días

- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
 - 0 = Nunca
 - 1 = Pocas veces al año o menos
 - 2 = Una vez al mes o menos
 - 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 - 4 = Una vez a la semana
 - 5 = Pocas veces a la semana
 - 6 = Todos los días

- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
 - 0 = Nunca
 - 1 = Pocas veces al año o menos
 - 2 = Una vez al mes o menos
 - 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 - 4 = Una vez a la semana
 - 5 = Pocas veces a la semana
 - 6 = Todos los días

- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que mi trabajo me está desgastando

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que me he hecho más duro con la gente

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Me siento con mucha energía en mi trabajo

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Me siento frustrado en mi trabajo

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades

0 = Nunca
 1 = Pocas veces al año o menos
 2 = Una vez al mes o menos
 3 = Unas pocas veces al mes o menos
 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada

0 = Nunca
1 = Pocas veces al año o menos
2 = Una vez al mes o menos
3 = Unas pocas veces al mes o menos
4 = Una vez a la semana
5 = Pocas veces a la semana
6 = Todos los días

- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

0 = Nunca
1 = Pocas veces al año o menos
2 = Una vez al mes o menos
3 = Unas pocas veces al mes o menos
4 = Una vez a la semana
5 = Pocas veces a la semana
6 = Todos los días

